

Rapport

Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet

Samfundsøkonomiske aspekter



Lars Benjaminsen, Jesper Fels Birkelund, Morten Holm Enemark & Stefan Bastholm Andrade

Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet – Samfundsøkonomiske aspekter

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-501-9

Projekt: 100627

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

I denne rapport præsenteres resultaterne af en undersøgelse af socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemets indsatser. Undersøgelsen afdækker også omfanget af de offentlige udgifter, der er forbundet med disse indsatser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer, fx på det sociale område, i sundhedssystemet og i retsvæsenet. Derved bidrager undersøgelsen til at synliggøre, hvorledes omkostninger, der er forbundet med social udsathed for velfærdssystemet, rækker ud over det sociale område og skal ses i et bredere samfundsmæssigt og økonomisk perspektiv. Det er vores forhåbning, at undersøgelsens resultater kan inspirere debatten om investeringer på det sociale område, da rapportens analyser anskueliggør, at der kan være et betydeligt potentiale ved at forebygge og afhjælpe den sociale udsathed, både for den enkelte borger og for samfundet og velfærdssystemet som helhed.

Vi retter en stor tak til Den A.P. Møllerske Støttefond for at have muliggjort undersøgelsen og for derved at støtte et meget vigtigt forskningsområde i vores velfærdssamfund. Vi vil gerne takke Majken Guldborg Gøtske og Mutya Koudal for grundige og konstruktive kommentarer til rapporten.

Den samlede undersøgelse har bestået af to dele, hvor denne rapport og dens kvantitative analyser udgør den ene del. Rapporten har samtidig en kvalitativ "søsterundersøgelse", der er publiceret i bogen *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. Dilemmaer i den organisatoriske praksis* af professor Nanna Mik-Meyer, der er udgivet på Hans Reitzels Forlag i januar 2018, og som belyser de socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemets indsatser i et kvalitativt perspektiv. Vi retter en tak til Nanna Mik-Meyer for en frugtbar dialog om den samlede undersøgelse.

Vi retter også en stor tak til Københavns Kommune, der har bidraget til undersøgelsen med et stort datasæt om brugen af sociale indsatser blandt kommunens borgere. Vi retter i den forbindelse en særlig tak til Jakob Trane Ibsen og Katrine Bagge Thorball, Center for Økonomi – Velfærdsanalyse, Københavns Kommune, for en værdifuld sparring om rapportens data og analyser. Vi takker også Henrik Thiesen, Københavns Kommunes Sundhedsteam, for sparring undervejs i forløbet.

Rapportens analyser er i øvrigt baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Jørgen Elm Larsen, Sociologisk Institut, Københavns Universitet, har været ekstern referee og Rasmus Højberg Jacobsen, VIVE, har været intern referee, og vi takker begge for gode kommentarer og konstruktive kommentarer til rapporten.

Undersøgelsen er gennemført af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Seniorforsker Lars Benjaminsen har været projektleder for undersøgelsen og har, sammen med analytiker Jesper Fels Birkelund, analytiker Morten Holm Enemark og seniorforsker Stefan Bastholm Andrade, udgjort undersøgelsens projektgruppe, der har forestået undersøgelsens analyser og udarbejdet rapporten.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2018

Indhold

Sammenfatning	6
De socialt udsatte grupper	6
De udsatte gruppers brug af velfærdssystemets indsatser	9
Økonomisk analyse af udgifterne til indsatser for de udsatte grupper.....	11
Beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag.....	14
Geografiske forskelle i udsathed.....	15
Familiebaggrund og anbringelser.....	17
Konklusioner og perspektiver.....	19
Datagrundlag.....	23
1 Indledning.....	25
1.1 Rapportens opbygning.....	25
2 Teori og baggrund.....	27
2.1 En multidimensionel tilgang til social udsathed	27
2.2 Tidligere undersøgelser af udsathedens kompleksitet	28
2.3 Barrierer for socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet.....	30
2.4 De økonomiske aspekter af udsathed for samfundet.....	33
2.5 Nye specialiserede indsatser for socialt udsatte borgere	36
3 Metode og data	39
3.1 Social udsathed, målt ud fra registerdata	39
3.2 Måling af udsathed over en 5-årig periode	41
3.3 Brug af velfærdsydelser, målt ud fra registerdata.....	42
3.4 Datagrundlag for målingen af udsathed.....	43
3.5 Datagrundlag for målingen af brug af indsatser og ydelser.....	46
3.6 Beregning af udgifter for indsatser og ydelser	48
4 De socialt udsatte grupper	54
4.1 Udsathedens forskellige dimensioner.....	54
4.2 Definition af de socialt udsatte grupper	60
4.3 Omfang og sammensætning af de socialt udsatte grupper.....	64
4.4 Udviklingen i udsathed.....	68
4.5 Sammenhængen mellem udsathed og andre sociale forhold	71
4.6 Sammenfatning.....	77
5 Brug af velfærdssystemets indsatser blandt de socialt udsatte grupper	78
5.1 Brug af indsatser i 2014	78
5.2 Overførselsindkomstydelser og beskæftigelsesrettede indsatser	93
5.3 Brug af indsatser over en 5-årig periode	95
5.4 Indsatser i løbet af opvæksten.....	97
5.5 Første indsats i velfærdssystemet.....	101
5.6 Brug af indsatser over tid.....	103

5.7	Sammenfatning.....	106
6	Velfærdssystemets udgifter til indsatser for de udsatte grupper	107
6.1	Samlede udgifter til indsatser og ydelser i de udsatte grupper.....	108
6.2	Udgifter fordelt på indsatser pr. borger i de udsatte grupper.....	113
6.3	Udgifter til øvrige ydelser efter serviceloven.....	118
6.4	Udgifter til somatisk behandling.....	120
6.5	Udgifter til psykiatrisk behandling	122
6.6	Udgifter til retsvæsen og kriminalforsorg	124
6.7	Variation i udgiftsniveauet inden for de enkelte grupper	125
6.8	Fordeling af udgifterne til de udsatte grupper mellem stat og kommuner	127
6.9	Udvikling over tid i de samlede udgifter pr. borger	129
6.10	Robusthedsanalyse	131
6.11	Sammenfatning.....	133
7	Udsathed, beskæftigelse og forsørgelse.....	134
7.1	Beskæftigelse og forsørgelse i de udsatte grupper	134
7.2	Udsathed inden for forsørgelsesgrupperne	137
7.3	Udsathed, forsørgelse og brug af indsatser.....	141
7.4	Udsathed, forsørgelse og udgifter til indsatser	144
7.5	Sammenfatning.....	150
8	Geografiske forskelle i udsathed	152
8.1	Den geografiske fordeling af de udsatte grupper	152
8.2	Geografisk mobilitet i de udsatte grupper	162
8.3	Udsathed, geografi og forsørgelsesgrundlag.....	167
8.4	Udsathed, geografi og brug af indsatser.....	168
8.5	Udsathed, geografi og udgifter til indsatser	173
8.6	Sammenfatning.....	177
9	Familiebaggrund og udsathed.....	179
9.1	Forældrebaggrunden i de udsatte grupper	179
9.2	Udsathed, forældrebaggrund og brug af indsatser	183
9.3	Udsathed, forældrebaggrund og udgifter til indsatser	186
9.4	Tidligere anbringelser i barndommen	188
9.5	Udsathed, anbringelser og brug af indsatser.....	189
9.6	Udsathed, anbringelser og udgifter til indsatser	190
9.7	Sammenfatning.....	193
	Litteratur	195

Sammenfatning

I denne rapport præsenteres resultaterne af en undersøgelse af socialt udsatte gruppers brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser og af de samfundsmæssige omkostninger, der er forbundet med denne brug af velfærdssystemet.

Undersøgelsen har taget udgangspunkt i behovet for at opnå en bedre viden om socialt udsatte borgeres samlede brug af velfærdssystemet på tværs af sektorer, og hvordan denne brug af velfærdssystemet hænger sammen med udsathedens kompleksitet. Samtidig tager undersøgelsen udgangspunkt i behovet for at opnå mere viden om de økonomiske aspekter af den sociale udsathed for samfundet i almindelighed og for det offentlige velfærdssystem i særdeleshed. Undersøgelsens analyser og resultater danner grundlag for en diskussion af, hvor der kan være potentialer for at optimere og forbedre den samlede indsats for de udsatte grupper, set i lyset af det samlede ressourceforbrug til indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige områder og sammenholdt med en viden om profilen af de udsatte grupper, det vil sige sammensætningen af forskellige sociale og helbredsmæssige problemer. Denne viden kan danne grundlag for prioriteringer af indsatsen, der kan medvirke til at øge effekten af det offentlige velfærdssystems samlede indsats for de socialt udsatte grupper.

Rapportens analyser har fokus på brugen af indsatser og ydelser i et kvantitativt perspektiv. Det vil sige, at vi afdækker, hvor stor en andel i forskellige udsatte grupper der bruger de forskellige indsatser og ydelser, og hvad der kendetegner omfanget og intensiteten i brugen, fx målt ved antallet af opholdsdøgn og indskrivningsdøgn for både de sociale og behandlingsmæssige ydelser. Analyserne afdækker derimod ikke den kvalitative brug af indsatserne, som fx de barrierer og udfordringer, der er forbundet med brugen af indsatserne. Det kvalitative perspektiv på de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet er afdækket i denne rapportes "søsterundersøgelse", der er publiceret i bogen *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. Dilemmaer i den organisatoriske praksis* af Nanna Mik-Meyer (2018). Vi inddrager undervejs i rapporten resultater fra bogen i en diskussion og perspektivering af denne rapportes kvantitative analyser, resultater og konklusioner.

Med udgangspunkt i analyserne af brugen af indsatser og ydelser i de udsatte grupper undersøger rapporten vigtige samfundsøkonomiske aspekter af udsathed, dels beregnes de direkte offentlige udgifter forbundet med udsathed, det vil sige udgifterne til indsatser og ydelser, dels kortlægges de udsatte gruppers beskæftigelsessituation. Endelig undersøges de geografiske aspekter af udsathed og brugen af indsatser og ydelser samt udsathed set i forhold til de udsatte borgeres familiebaggrund, og hvilken betydning familiebaggrunden har for omfanget af brugen af indsatser og ydelser.

De socialt udsatte grupper

Undersøgelsen er baseret på en multidimensionel forståelse af social udsathed, hvor udsathed er kendetegnet ved et komplekst samspil mellem sociale og helbredsmæssige problemer på forskellige livsområder (Levitas m.fl., 2007; Wagle, 2008). Det kan være et samspil mellem psykiske problemer, misbrugsproblemer, et dårligt fysisk helbred og et svagt socialt netværk. Mange socialt udsatte borgere oplever at være uden for arbejdsmarkedet i størstedelen af deres liv, ligesom en del oplever kortere eller længere perioder med hjemløshed. Samtidig skal udsathed ikke forstås som en dikotomi mellem at være udsat eller ikke-udsat, men snarere som et kontinuum fra at have ingen eller ret få sociale og helbredsmæssige problemer til at have mange og komplekse sociale og helbredsmæssige problemer (Benjaminsen, Andrade & Enemark, 2017).

Undersøgelsens empiriske analyser er baseret på kvantitative registerdata, som vi både benytter til at afgrænse og måle den sociale udsathed og til at måle de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet. Vi foretager en definition og operationalisering af den sociale udsathed ud fra de oplysninger om borgerens sociale og helbredsmæssige problemer, der fremgår i registrene.

I definitionen og operationaliseringen af de udsatte grupper tager vi udgangspunkt i den samlede befolkning i 2014 og afgrænser en gruppe af borgere, der over en 5-årig periode fra 2010 til 2014 er registreret med enten en psykisk lidelse eller et misbrugsproblem (stof- eller alkoholmisbrug) eller har været ramt af hjemløshed, hvilket vi måler ved, at personen er registreret med ophold på et herberg for hjemløse. Det er således psykiske lidelser, misbrugsproblemer og hjemløshed, der udgør de primære indikatorer på udsathed, som vi benytter ved dannelsen af de registerbaserede analysegrupper. Vi afgrænser endvidere analyserne til den voksne befolkning mellem 18 og 79 år, da en højere dødelighed i de udsatte grupper generelt betyder, at der er få personer på 80 år og derover i de udsatte grupper. Undersøgelsens analyser har ud fra denne afgrænsning fokus på en samlet gruppe på i alt 281.616 personer ud af den samlede befolkning på 4.076.920 personer mellem 18 og 79 år. Disse ca. 280.000 personer har været registreret med enten en psykisk lidelse, et misbrugsproblem eller hjemløshed – eller flere af disse forhold samtidig – set over den 5-årige måleperiode. Det er en forholdsvis bred afgrænsning, der udgør ca. 7 pct. af befolkningen, og som også indbefatter personer, som vi sædvanligvis ikke vil betegne som socialt udsatte, fx personer med moderate psykiske lidelser, der ikke nødvendigvis har komplekse sociale problemer. Samtidig indebærer den registerbaserede tilgang, at der er former for social udsathed og forhold omkring individets aktuelle livssituation som følelser af social isolation og ensomhed, som ikke lader sig måle på gennem registrene.

For at definere udsatheden mere specifikt tager vi udgangspunkt i den multidimensionelle forståelse af den sociale udsathed og benytter registeroplysningerne til at inddele den samlede gruppe på ca. 280.000 personer i forskellige grupper ud fra graden af kompleksitet i udsatheden, fra dem med en forholdsvis lav grad af kompleksitet til dem med en høj grad af kompleksitet i deres sociale og helbredsmæssige problemer. For at foretage denne inddeling ser vi på samspillet mellem de forskellige dimensioner af udsatheden, som vi kan måle i registrene. Ud over oplysningerne om psykiske lidelser, misbrugsproblemer og hjemløshed inddrager vi også oplysninger om, hvorvidt borgeren inden for de seneste 5 år har fået en ubetinget fængselsdom, og om borgeren har specifikke former for kroniske fysiske lidelser, der særligt er relateret til et langvarigt misbrug. De to sidstnævnte indikatorer udgør sekundære indikatorer i definitionen, der bidrager til at definere kompleksitet i udsatheden, og som således kun "tæller med", når de optræder sammen med de primære indikatorer (psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller hjemløshed). Ud fra disse primære og sekundære indikatorer inddeler vi de 280.000 personer i otte forskellige grupper med en varierende grad af kompleksitet i udsatheden og med en forskellig profil på de forskellige indikatorer. Opdelingen i de otte grupper er vist i tabel 1.

Ud fra denne opdeling er der 21.856 personer, som indgår i de to grupper i analysen med den højeste grad af kompleksitet i udsatheden, og som vi i rapporten generelt benævner "de komplekse grupper". Den højeste grad af kompleksitet i udsatheden ("Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet") definerer vi ved, at man både har en psykisk lidelse og et misbrugsproblem og samtidig enten har været ramt af hjemløshed, har været i fængsel eller har en misbrugsrelateret kronisk fysisk lidelse. Den anden af de to grupper med komplekse problemer ("Misbrug m. kompleksitet") er en gruppe af øvrige misbrugere, der ligeledes enten har været ramt af hjemløshed, har alvorlige fysiske helbredsproblemer eller har været i fængsel, men som ikke er registreret med en psykisk lidelse.

Ud over de borgere, som er kendetegnet ved de mest komplekse problemer, indgår der således en bredere gruppe af personer, der er registreret på de forskellige indikatorer inden for en 5-årsperiode uden den høje grad af kompleksitet, som kendetegner de to komplekse udsatte grupper. Ud over de to grupper med de mest komplekse problemer afgrænser vi således seks øvrige grupper i analyserne. Fx er der en gruppe på yderligere ca. 30.000 psykisk syge misbrugere, der ud fra registeroplysningerne dog ikke har samme høje grad af kompleksitet i udsathedens som de to komplekse grupper. Der indgår også grupper af øvrige hjemløse, stofmisbrugere, alkoholmisbrugere og personer med hhv. svære og moderate psykiske lidelser, der ligeledes ikke har samme høje grad af kompleksitet i udsathedens som de to komplekse grupper. De otte grupper i tabel 1 er således i en vis forstand hierarkisk definerede og er på den baggrund gensidigt udelukkende. Fx indgår de hjemløse borgere med en høj grad af kompleksitet i udsathedens i de to komplekse grupper, mens gruppen af øvrige borgere med hjemløshed er dem, der ikke samtidig er kendetegnet ved en høj grad af kompleksitet. Definitionen af de udsatte grupper i undersøgelsen er således *ikke* baseret på de "endimensionelle grupper", der kan identificeres ud fra hver af de enkelte indikatorer (personer med psykiske lidelser, personer med stofmisbrug osv.), men derimod ud fra samspillet mellem udsathedens forskellige dimensioner, da der er et betydeligt overlap mellem de forskellige aspekter af udsathedens. Ikke mindst, når formålet er at afdække brugen af velfærdssystemet i de forskellige grupper, er denne kompleksitet vigtig at tage højde for, da rapportens analyser overordnet set viser, at kompleksiteten har en væsentlig betydning for, hvor meget socialt udsatte borgere bruger velfærdssystemets indsatser.

Tabel 1 Oversigt over de socialt udsatte grupper og deres andel af hele befolkningen. 2014. Antal personer og andel af den samlede befolkning mellem 18 og 79 år.

Grupper	Antal	Andel
Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet	9.038	0,2
Misbrug m. kompleksitet	12.818	0,3
Psykisk lidelse m. misbrug	30.174	0,7
Hjemløshed	5.602	0,1
Stofmisbrug	13.308	0,3
Alkoholmisbrug	29.786	0,7
Svær psykisk lidelse	41.245	1,0
Moderat psykisk lidelse	139.645	3,4
Udsatte grupper samlet	281.616	6,9
Den øvrige befolkning	3.795.304	93,1
Hele befolkningen (18-79 år)	4.076.920	100,0

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Selvom der er tale om en forholdsvis bred definition af de udsatte grupper, kan antallet på de 280.000 eksempelvis sættes i forhold til, at Det Økonomiske Råds formandskab i *Dansk Økonomi, efterår 2017* opgjorde, at i 2016 havde 396.000 personer i den erhvervsaktive alder været offentligt forsørget i mindst 4 af de seneste 5 år, når der ses bort fra personer, der modtog SU (Det Økonomiske Råd, 2017). Der er ikke nødvendigvis et fuldt sammenfald mellem disse grupper, da der er nogle af borgerne i de udsatte grupper, som vi identificerer, som formår at have en tilknytning til arbejdsmarkedet på trods af fx en psykisk lidelse. Ligeledes er der i den store gruppe af personer, som Det Økonomiske Råd identificerer som langvarigt uden for arbejdsmarkedet, en betydelig gruppe af borgere, som er indvandrere og efterkommere, men som ikke nødvendigvis har de tegn på social udsathed, som vi lægger til grund for identifikationen af de udsatte grupper i denne undersøgelse.

De udsatte gruppers brug af velfærdssystemets indsatser

Kompleksiteten af de sociale og helbredsmæssige problemer betyder, at de udsatte borgere ofte er i kontakt med mange forskellige dele af velfærdssystemet. Registrene indeholder oplysninger om de fleste velfærdsområder i det offentlige velfærdssystem. Det gælder for en række sociale indsatser og ydelser under serviceloven og for behandlingsmæssige ydelser i sundhedsvæsenet som læger og sygehuse, herunder både somatisk og psykiatrisk behandling. Registrene indeholder også oplysninger om overførselsindkomst og om en række beskæftigelsesrettede indsatser, ligesom der er oplysninger om kontakten med retsvæsenet og kriminalforsorgen. Der er dog også indsatser, der ikke kan måles gennem de centrale dataregistre, fx tilbud i civilsamfundet som en række sociale væresteder, og som derfor ikke indgår i analyserne.

Vi afgrænser endvidere analyserne til en række indsatser og ydelser, som typisk er forbundet med sociale og behandlingsmæssige indsatser for de udsatte grupper. Der er således også offentlige ydelser, som vi ikke inkluderer i analyserne, fordi de ikke i væsentlig grad er indsatser, som er forbundet med social udsathed. Det gælder fx brugen af uddannelsessystemet, hvor vi ikke ser på den generelle brug af uddannelsesydelser, da uddannelsessystemets ydelser primært er henvendt til befolkningen generelt.

Et væsentligt analytisk fokus i rapporten er, i hvilket omfang de socialt udsatte grupper modtager forskellige former for sociale indsatser, sammenholdt med, hvilke indsatser og ydelser disse grupper benytter i den øvrige del af velfærdssystemet, herunder i sundhedssystemet og i kriminalforsorgen. Undersøgelsens resultater viser i den sammenhæng, at de udsatte gruppers brug af indsatser og ydelser i velfærdssystemet rækker langt ud over det sociale område. Ikke mindst står disse grupper også for et stort forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet.

Tabel 2 Andelen af personer (18-79-årige) i hver af de socialt udsatte grupper og i den øvrige befolkning, der bruger udvalgte ydelser efter serviceloven. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Udvalgte ydelser efter serviceloven</i>									
Aktivitets- og samværsydelse (§ 104)	< 1	< 1	4	< 1	< 1	7	2	2	3
Social støtte (§ 85)	< 1	4	17	2	3	8	13	4	14
Længerevarende botilbud (§ 108)	< 1	< 1	4	< 1	< 1	< 1	2	< 1	2
Midlertidige botilbud (§ 107)	< 1	< 1	3	< 1	< 1	2	2	< 1	3
Mindst en af ydelserne	< 1	5	23	3	4	17	17	8	20
Antal personer i alt	3.593.955	133.058	39.134	28.220	12.622	5.474	28.760	12.227	8.685

Anm.: Oplysningerne om ydelser efter serviceloven er baseret på data fra 91 kommuner.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Analyserne viser, at det er en forholdsvis lav andel i alle de otte udsatte grupper, der modtager en række forskellige sociale indsatser under serviceloven (tabel 2), som fx social støtte (§ 85) og aktivitets- og samværsydelser (§ 104). Der er også en del variation mellem de udsatte grupper indbyrdes i andelen, der modtager disse sociale indsatser. Der er en lidt højere andel, der modtager disse sociale indsatser, i de grupper, der primært består af personer med psykiske lidelser,

mens der omvendt er en lavere andel, der modtager disse indsatser, i grupperne, der primært er defineret ud fra misbrugsproblemer. I gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer er det 14 pct., der modtager social støtte efter servicelovens § 85 ("bostøtte"), der har til formål at give en social og praktisk støtte i hverdagen og samtidig støtte op om borgerens brug af øvrige sociale og behandlingsmæssige ydelser og derved skabe en bedre sammenhæng i indsatsen. I gruppen af øvrige misbrugere med komplekse problemer, men uden en diagnosticeret psykisk lidelse, er det derimod kun 4 pct., der modtager denne type af støtte. Den højeste andel, der modtager socialpædagogisk støtte, finder vi i gruppen med svære psykiske lidelser uden samtidige misbrugsproblemer, hvor det er 17 pct., der modtager socialpædagogisk støtte, mens det samme gælder 13 pct. i gruppen af psykisk syge misbrugere uden øvrige komplekse problemer og 3 pct. i gruppen af øvrige stofmisbrugere uden komplekse problemer.

Samme forskel mellem grupperne med psykiske lidelser og grupperne med misbrugsproblemer finder vi også, når vi ser på andelen, der er i midlertidige eller længerevarende botilbud efter hhv. servicelovens § 107 og 108. Ser vi på de to typer af botilbud tilsammen, er det 5 pct. i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer, der bor i sådanne tilbud, mens det samme kun gælder 1 pct. i gruppen af øvrige misbrugere med komplekse problemer. Igen finder vi den højeste andel i gruppen med svære psykiske lidelser uden komplekse problemer, hvor denne andel er på 7 pct.

Det er bemærkelsesværdigt, at andelen, der modtager disse sociale indsatser, er så forholdsvis lav i alle de udsatte grupper, og at andelen er særligt lave blandt dem, der primært har misbrugsproblemer. Det skal dog understreges, at det også er muligt at modtage en social eller behandlingsmæssig indsats på anden vis end gennem de ovennævnte indsatser under serviceloven. Der er fx en del borgere i de udsatte grupper, der modtager en indsats gennem den sociale stofmisbrugsbehandling (ligeledes under serviceloven) eller modtager behandling i det psykiatriske behandlingssystem.

Mens der er en forholdsvis lav andel blandt de udsatte grupper, der modtager en række sociale indsatser, er der derimod en forholdsvis høj andel i de udsatte grupper, der modtager ydelser i sundhedsvæsenet (tabel 3).

Tabel 3 Andelen af personer (18-79-årige) i hver af de socialt udsatte grupper og i den øvrige befolkning, der har benyttet somatiske sundhedsydelser i 2014. Procent.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
Indlæggelser, pct.	10	20	19	29	15	18	26	38	38
Ambulante kontakter, pct.	31	41	34	40	27	30	37	44	43
Skadestuekontakter, pct.	12	22	20	27	25	26	30	37	42
Somatiske ydelser i alt, pct.	39	54	48	59	46	48	58	68	71
Antal personer i alt	3.795.304	139.645	41.245	29.786	13.308	5.602	30.174	12.818	9.038

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Der er en markant højere andel i de udsatte grupper, der i løbet af et år har været indlagt på en somatisk afdeling end i den øvrige del af befolkningen. I de to grupper med komplekse problemer er det således 38 pct., der har haft en somatisk indlæggelse i løbet af 2014, mens det til sammenligning er 10 pct. i den øvrige befolkning. Også andelen, der har benyttet en skadestue, er markant

højere i de udsatte grupper end i den øvrige befolkning. Mere detaljerede analyser af brugen af sundhedsydelser viser, at det forholdsvis høje forbrug af sundhedsydelser i de udsatte grupper sætter ind forholdsvis tidligt. Eksempelvis er det i gruppen af 40-59-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer 45 pct., der har været indlagt på en somatisk sygehusafdeling, mens det til sammenligning kun gælder 8 pct. i den øvrige befolkning i samme aldersgruppe. I aldersgruppen af 60-79-årige er de tilsvarende tal hhv. 58 pct. og 15 pct.

Ligesom brugen af sundhedsydelser vidner om, at fysiske helbredsproblemer sætter ind tidligere i de udsatte grupper, viser rapportens analyser, at også brugen af hjemmesygepleje (sundhedslovens § 138) og hjemmehjælp (servicelovens § 83) sætter ind forholdsvis tidligt. Blandt de 40-59-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer er der 23 pct., der modtager hjemmesygepleje, og 13 pct., der modtager hjemmehjælp, mens det er under én procent, der modtager hver af disse ydelser i den øvrige befolkning i samme aldersgruppe. Blandt de 60-79-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer er det 50 pct., der modtager hjemmesygepleje, og 39 pct., der modtager hjemmehjælp, mens det til sammenligning kun er hhv. 6 pct. og 5 pct. af de 60-79-årige i den øvrige befolkning, der modtager disse to ydelser. Andelen, der modtager disse ydelser, er langt højest i de udsatte grupper med komplekse problemer, men også i de øvrige udsatte grupper er der en væsentligt højere andel end i den øvrige befolkning, der modtager disse ydelser. Fx er der blandt de 60-79-årige med moderate psykiske lidelser 25 pct., der modtager hjemmesygepleje, og 21 pct., der modtager hjemmehjælp, det vil sige en ca. fire gange så høj andel som blandt de ikke-udsatte i samme aldersgruppe.

Rapportens analyser viser også, at der er en markant højere andel i flere af de udsatte grupper, der er registreret med et fængselsophold, særligt i den yngre aldersgruppe. Det er således 24 pct. i gruppen af 18-39-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer, der på et tidspunkt i løbet af 2014 har været i fængsel, mens det samme gælder 29 pct. blandt de øvrige misbrugere med komplekse problemer i samme aldersgruppe.

Ud over de sociale og behandlingsmæssige indsatser samt fængselsophold er der også en meget høj andel i de fleste af de udsatte grupper, der har modtaget forskellige former for overførselsindkomst. Selv når vi kun medregner de egentlige forsørgelsesydelser (og således ikke medregner boligstøtte), er der fx blandt de 40-59-årige 95 pct. af de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer og 91 pct. i gruppen af øvrige misbrugere med komplekse problemer, der i løbet af året har modtaget ydelser som kontanthjælp, førtidspension eller dagpenge, mens dette til sammenligning gælder 25 pct. i den øvrige befolkning af ikke-udsatte borgere. Selv i grupperne med mindre komplekse problemer er det en markant højere andel end i den øvrige befolkning, der har modtaget overførselsindkomstydelser, med 67 pct. i gruppen med moderate psykiske lidelser og 64 pct. i gruppen med alkoholmisbrug (uden komplekse problemer).

Økonomisk analyse af udgifterne til indsatser for de udsatte grupper

Der er foretaget en økonomisk analyse af de udgifter, der er forbundet med brugen af indsatser og ydelser i velfærdssystemet for de udsatte grupper. Formålet med denne analyse er at tegne et samlet billede af de økonomiske omkostninger for det offentlige, der er forbundet med social ud-sathed, når vi ser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer.

Ved opgørelsen af udgifterne til indsatser og ydelser for de udsatte grupper skal det tages i be-tragtning, at borgerne i de udsatte grupper også betaler skat af deres indkomst. Det gælder dels, da overførselsindkomsterne er bruttoydelse, hvoraf der betales almindelig indkomstskat, dels da der i alle de otte udsatte grupper er borgere, der er i beskæftigelse på trods af fx en psykisk lidelse

eller et misbrugsproblem. Det er særligt i grupperne med en mindre grad af kompleksitet i udsattheden, at der er en del i beskæftigelse, mens andelen i beskæftigelse omvendt er meget lav i grupperne med de mest komplekse problemer. I de økonomiske analyser af udgifterne til indsats og ydelser tages der højde for skattebetalingen i de udsatte grupper ved både at opgøre brutto- og nettoudgifterne i de forskellige grupper. Det skal også anføres, at analysen ikke omfatter samtlige offentlige udgifter, der kan henføres til de pågældende borgere. Analysen inddrager de udgifter, der modsvarer de indsats og ydelser, som vi har opgjort i analyserne af brugen af velfærdssystemet, og fx er udgifter i uddannelsessystemet (ud over udgifter til SU) således ikke medregnet.

Ser vi på nettoudgifterne, viser analysen, at der i 2014, der er det gennemgående år for analysen, var samlede nettoudgifter på 41,3 mia. kr. til indsats og ydelser for de ca. 280.000 personer, der indgår i alle de otte grupper i analysen. Alene i de to udsatte grupper med komplekse problemer er der sammenlagt nettoudgifter for 6,0 mia. kr. på et år forbundet med indsats og ydelser for de ca. 22.000 borgere i disse to grupper tilsammen (tabel 4).

De gennemsnitlige nettoudgifter pr. person er på ca. 146.000 kr. i de otte udsatte grupper, set under ét (tabel 5). Her skal det tages i betragtning, at rapporten som nævnt bygger på en bred afgrænsning af de udsatte grupper og således også inddrager en betydelig gruppe af personer med eksempelvis moderate psykiske lidelser. De højeste gennemsnitlige udgifter er i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer, hvor de gennemsnitlige udgifter pr. borger er på 339.000 kr. pr. person, mens de er noget lavere med ca. 229.000 kr. pr. person i gruppen af øvrige misbrugere med komplekse problemer, hvilket bl.a. skyldes den lavere andel, der modtager en række sociale indsats i denne gruppe. For de ca. 30.000 personer i gruppen af øvrige psykisk syge misbrugere (der ikke indgår i grupperne med de mest komplekse problemer) er der registreret samlede nettoudgifter på 6,6 mia. kr. på et år, svarende til gennemsnitligt 223.000 kr. pr. person, mens der blandt de ca. 41.000 personer i gruppen af øvrige personer med svære psykiske lidelser er registreret samlede nettoudgifter på 10,6 mia. kr., svarende til 259.000 kr. pr. person.

Tabel 4 Samlede nettoudgifter forbundet med indsats og ydelser til de socialt udsatte grupper i 2014. 18-79-årige. Millioner kroner.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psyk. lidelse m. misbrug + kompleksitet	Udsatte grupper samlet
Nettoudgifter i alt efter skat, mio. kr.	12.885	10.689	2.351	1.424	1.249	6.727	2.933	3.063	41.321
Antal personer	139.645	41.245	29.786	13.308	5.602	30.174	12.818	9.038	281.616

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 5 viser også de tilsvarende gennemsnitlige udgifter for borgere i den øvrige befolkning for de indsats og ydelser, der er medregnet i analysen (fx udgifter til sundhedsydelser og dagpenge). En sammenligning viser, at selv i de udsatte grupper uden komplekse problemer er de gennemsnitlige udgifter pr. person langt højere end i den øvrige befolkning. For den øvrige befolkning er de gennemsnitlige nettoudgifter pr. person negative pga. den betydelige skattebetaling blandt borgerne i den øvrige befolkning. Ser vi derfor i stedet på de gennemsnitlige bruttoudgifter pr. person, er disse udgifter på ca. 57.000 kr. pr. person i den øvrige befolkning for de 18-79-årige, set under ét, mens disse udgifter til sammenligning er 148.000 kr. pr. person i gruppen med moderate psykiske lidelser og 139.000 kr. pr. person blandt alkoholmisbrugere (uden øvrig kompleksitet), der er de to udsatte grupper med de laveste gennemsnitlige bruttoudgifter.

Tabel 5 Gennemsnitlige brutto- og nettoudgifter til indsatser og ydelser pr. person i de udsatte grupper og i den øvrige befolkning. 18-79-årige. Kroner.

	Den øvrige befolkning	1-8 Udsatte grupper i alt	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet, 18-79 år</i>										
Brutto	56.720	198.156	148.355	301.504	139.719	153.243	258.674	269.505	268.846	379.172
Netto	-36.598	146.653	92.209	258.993	78.890	106.972	223.003	222.927	228.747	338.970
<i>18-39 år</i>										
Brutto	55.482	177.501	134.171	268.778	100.262	118.533	244.758	254.098	246.959	363.236
Netto	-22.758	131.424	85.881	225.053	33.014	74.566	212.496	212.248	211.769	328.546
<i>40-59 år</i>										
Brutto	52.951	228.778	167.078	356.502	148.480	227.013	279.992	303.228	303.091	412.479
Netto	-90.365	154.682	83.570	294.133	61.349	168.408	233.330	237.747	251.711	360.897
<i>60-79 år</i>										
Brutto	63.200	187.694	155.187	277.820	142.060	209.247	228.391	234.716	222.623	317.234
Netto	17.184	168.653	134.510	275.960	113.642	192.456	221.675	218.249	200.684	297.640

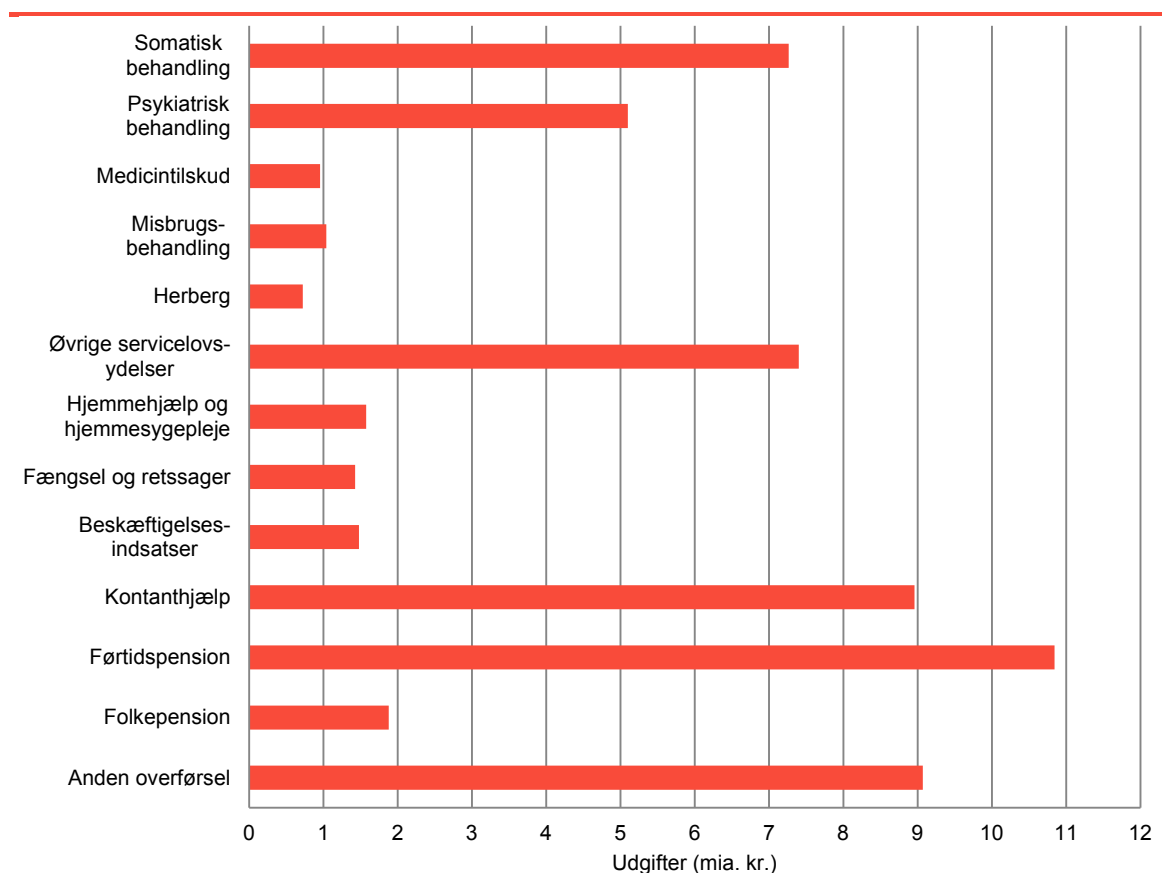
Anm.: Udgiften til folkepension er fraregnet folkepensionens grundbeløb.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Udgifterne til indsatser og ydelser for de udsatte grupper fordeler sig på både overførselsindkomster og på øvrige indsatser, det vil sige udgifter til sociale indsatser, sundhedsydelser, retsvæsen og kriminalforsorg. I figur 1 er opgjort de samlede udgifter for de udsatte grupper under ét, fordelt på indsatsområder. Det er lidt over halvdelen af de samlede udgifter, der udgøres af udgifter til overførselsindkomst, mens det er lidt under halvdelen af de samlede udgifter, der vedrører brugen af øvrige indsatser og ydelser. Udgifterne til øvrige indsatser og ydelser ud over overførselsindkomsterne fordeler sig bredt på de forskellige indsatsområder og sektorer. For de otte udsatte grupper set under ét er de samlede udgifter til somatisk behandling (både sygehuse og lægeudgifter) på 7,3 mia. kr., mens der er udgifter for 5,1 mia. kr. til psykiatrisk behandling. Der er udgifter på ca. 1,0 mia. kr. til stof- og alkoholbehandling, mens udgifterne til ophold på herberger for hjemløse andrager ca. 700 mio. kr. Der er udgifter på 1,6 mia. kr. til hjemmehjælp og hjemmesygepleje, mens der i alt er udgifter på 7,4 mia. kr. til en række øvrige servicelovsudgifter (ud over misbrugsbehandling, ophold på herberg og hjemmehjælp). Det er fx udgifter til længerevarende og midlertidige botilbud og til bostøtte i eget hjem samt til aktivitets- og samværstilbud. Der er udgifter i fængsels- og retsvæsenet på ca. 1,4 mia. kr., knyttet til borgerne i de udsatte grupper, mens der er udgifter på ca. 1,5 mia. kr. til beskæftigelsesrettede indsatser.

Undersøgelsens resultater viser således, at når man ser på de samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser for de udsatte grupper, er der betydelige udgifter forbundet med den sociale udsathed på forskellige områder af det samlede offentlige system. Indeholdt i disse udgifter er endvidere, som tidligere nævnt, ikke udgifterne til en række tilbud og indsatser, der gives gennem civilsamfundets aktører og organisationer, som fx en række åbne værestedstilbud og sociale aktiviteter, da disse ydelser ikke kan henføres til enkelte borgere.

Figur 1 Samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til de 18-79-årige i de socialt udsatte grupper i 2014, fordelt på indsatsområder. Milliarder kroner.



Anm.: Udgiften til folkepension er fraregnet folkepensionens grundbeløb.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag

Hovedparten af borgerne i de udsatte grupper er uden beskæftigelse og har overførselsindkomst som forsørgelsesgrundlag. I de yngre grupper er det kontanthjælp, der udgør forsørgelsesgrundlaget for størstedelen af personerne i de udsatte grupper, mens der i de midaldrende aldersgrupper er en større del, der modtager førtidspension. Mens langt hovedparten af borgerne i grupperne med den mest komplekse udsathed er på overførselsindkomst, er der i grupperne med en lavere grad af kompleksitet en væsentligt større andel i beskæftigelse, ligesom der i de yngre aldersgrupper også er en del, der er under uddannelse.

Den laveste andel i beskæftigelse er i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer. Eksempelvis er der blandt de 40-59-årige i denne gruppe kun 8 pct., der er i beskæftigelse. Til sammenligning er der blandt de 40-59-årige i gruppen med moderate psykiske lidelser 45 pct., der er i beskæftigelse, mens der i gruppen af alkoholmisbrugere uden yderligere kompleksitet i samme aldersgruppe er 49 pct. i beskæftigelse. Når der er en betydelig andel i de to sidstnævnte grupper, der er i beskæftigelse, afspejler det den forholdsvis brede afgrænsning af de otte udsatte grupper i analysen, hvor en del af disse borgere snarere kan karakteriseres som tilhørende en risikogruppe, der ikke har samme grad af komplekse sociale og helbredsmæssige problemer, som vi sædvanligvis forbinder med begrebet om social udsathed.

I analyserne om beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag ser vi på, hvad der kendetegner brugen af øvrige indsatser og de tilknyttede udgifter for hhv. de beskæftigede og ikke-beskæftigede inden for hver af de udsatte grupper. Disse analyser viser, at der ud over de lavere udgifter til overførselsindkomster i gruppen af beskæftigede også er en langt lavere andel, der benytter øvrige indsatser, både i det sociale system og i sundhedssystemet. Brugen af indsatser og ydelser er således i vid udstrækning koncentreret blandt de ikke-beskæftigede i de udsatte grupper. Når vi samtidig tager i betragtning, at de beskæftigede også betaler skat af deres indkomst, viser det sig, at de samlede nettoudgifter til sociale indsatser og ydelser er højere i gruppen af ikke-beskæftigede i de udsatte grupper end i denne samlede gruppe af borgere i de udsatte grupper, da der er nettoindtægter for gruppen af beskæftigede borgere i de otte udsatte grupper. For gruppen af ikke-beskæftigede udgør de samlede nettoudgifter til indsatser og ydelser i alt 44,6 mia. kr., sammenlignet med de 41,3 mia. kr., vi finder for alle borgerne i de otte udsatte grupper. Det vil sige, at når vi fokuserer på gruppen af udsatte borgere, som står helt uden for arbejdsmarkedet, og således udelukker dem, som er i beskæftigelse på trods af fx at have en psykisk lidelse eller et misbrugsproblem, fremtræder de samlede nettoudgifter lidt højere for denne gruppe, end for den samlede gruppe af borgere i undersøgelses otte analysegrupper.

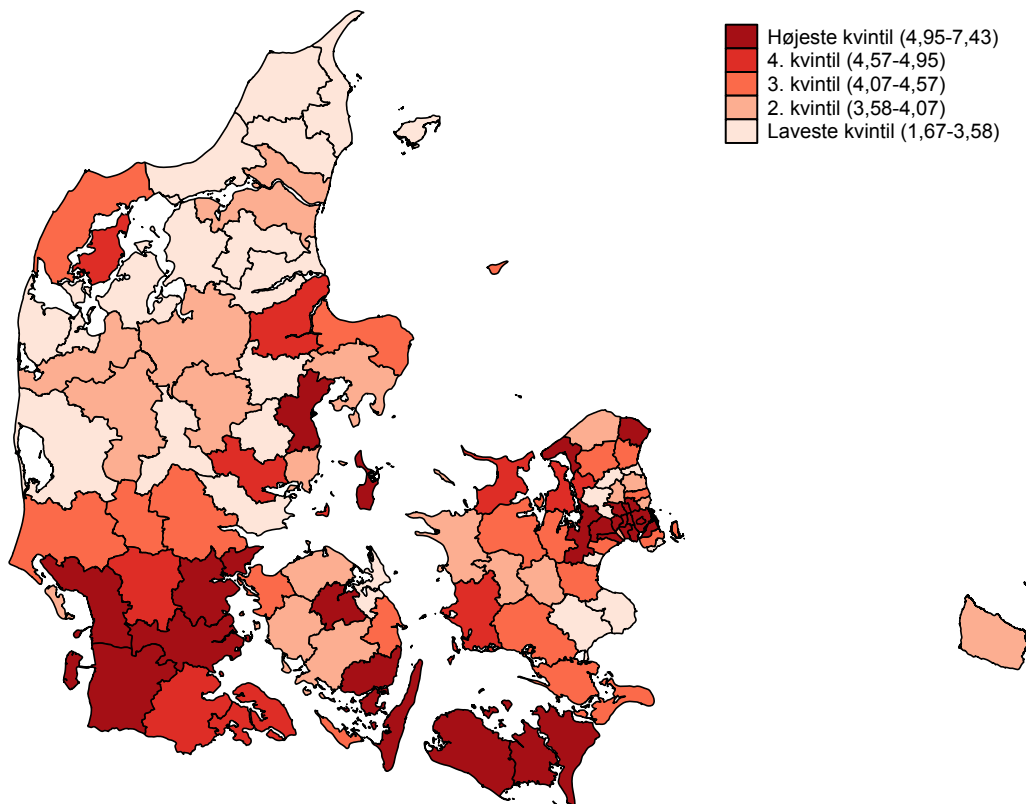
Geografiske forskelle i udsathed

Rapportens analyser afdækker også de geografiske dimensioner i udsathed og de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet ved at sammenligne forskellige områder i landet. Disse analyser viser generelt, at der er betydelige forskelle mellem forskellige områder i landet i omfanget af udsathed. I disse analyser har vi også belyst udviklingen over tid ved at se på andelen i de udsatte grupper over perioden fra 2004 til 2014, hvor udsathed er målt ud fra registeroplysninger i to 5-årsperioder fra 2000-2004 og fra 2010-2014.

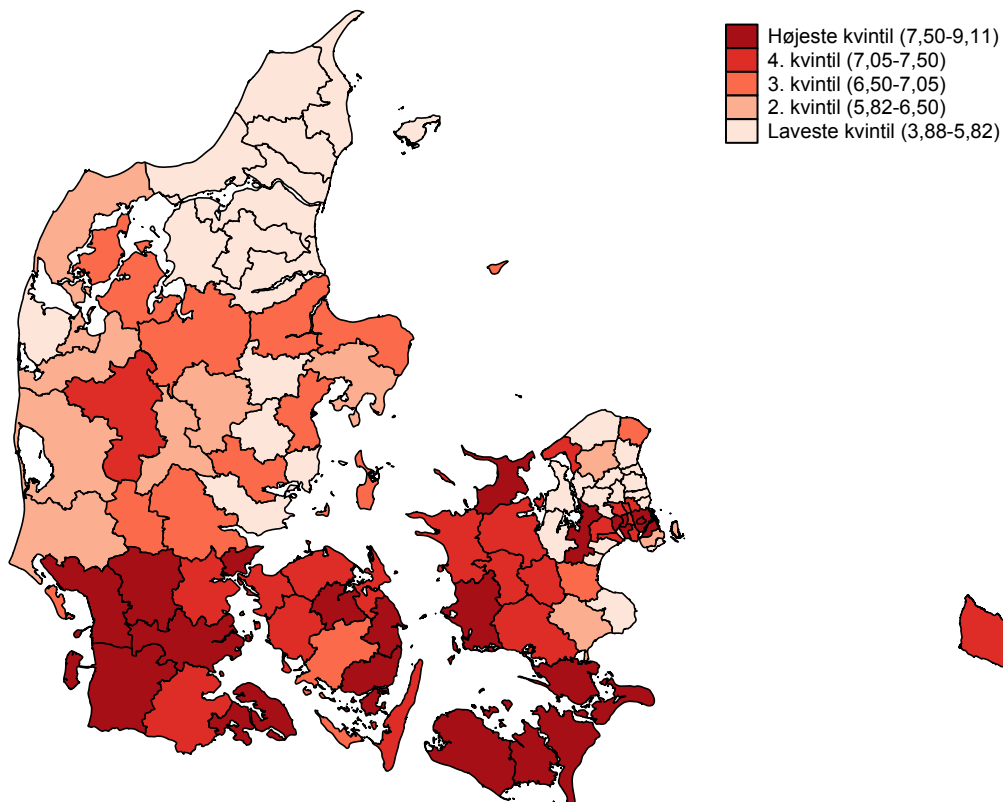
I figur 2 er afbildet andelen af befolkningen mellem 18 og 79 år, der tilhører de udsatte grupper i hver af landets kommuner i hhv. 2004 og 2014. Kommunerne er opdelt i fem grupper (kvintiler) ud fra de højeste og laveste andele i de udsatte grupper. Figuren viser, at der er en væsentligt højere andel af befolkningen, der tilhører de udsatte grupper i bestemte områder af landet. Det er i områder på det vestlige og sydlige Sjælland, Lolland-Falster og dele af Fyn og Sønderjylland, at vi finder en forholdsvis høj andel i de udsatte grupper, og figuren viser også en tendens til en stigende koncentration af udsatte borgere i en række af disse kommuner hen over perioden. Omvendt er det i områder som i Nordsjælland og kommunerne rundt om Aarhus, at vi finder de laveste andele i de udsatte grupper. I disse geografiske mønstre ser vi således tegn på en øget social polarisering mellem forskellige landsdele hen over perioden. Når vi ser på aldersgrupperne under ét, er der dog også en forholdsvis høj andel i de udsatte grupper i hovedstaden og de vestlige omegnskommuner, og det afspejler, at der særligt i de midaldrende og ældre aldersgrupper er en forholdsvis høj andel af udsatte borgere i hovedstaden.

Figur 1 Andelen af socialt udsatte 18-79-årige i 2004 og 2014 i landets kommuner. Andele i procent.

2004



2014



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Mere detaljerede analyser af den geografiske udvikling i udsathedens viser, at der i løbet af den forholdsvis korte periode fra 2004 til 2014 kan observeres en ændring i mønstret i udsathedens mellem by og land, som særligt slår igennem i de yngre aldersgrupper. Navnlig i områder i Region Sjælland og i Region Syddanmark sker der hen over perioden en betydelig stigning i andelen af 18-39-årige i de udsatte grupper. I storbyerne sker der derimod et markant skift. Hvor der i 2004 er en forholdsvis høj andel i de udsatte grupper i de yngre aldersgrupper i de store byer, sammenlignet med resten af landet, udlignes denne forskel i 2014, sådan at der i de store byer generelt ikke er flere udsatte i aldersgruppen af 18-39-årige end i landet som helhed. Der er således tegn på, at der i de yngre aldersgrupper sker en stigende koncentration af udsatte borgere i landets yderområder, mens den relative andel af udsatte borgere derimod falder i de store byer.

Dette mønster afspejler formentlig forandringer i den sociale og økonomiske sammensætning af befolkningen mellem by og land gennem de senere år. Hvor vi i de midaldrende og ældre aldersgrupper ser en højere andel af udsatte borgere, både i storbyerne og i landets yderområder, sker der i de yngre aldersgrupper en koncentration af ressourcestærke borgere i storbyerne. For at belyse denne udvikling nærmere har vi i de geografiske analyser foretaget en analyse af sammenhængen mellem, hvilket område man er født i, og i hvilket område man bor i 2014 for både de udsatte grupper (set under ét) og for den øvrige befolkning. Denne analyse viser dog, at der ikke er noget entydigt mønster i vandringerne mellem land og by over livsforløbet. Mens der er en del udsatte borgere, der er flyttet fra byområder til landområder, er der også en del udsatte borgere, der er flyttet den modsatte vej. Derved adskiller de udsatte borgere sig samtidig ikke væsentligt fra den øvrige befolkning, hvor der også er betydelige vandringer både fra land til by og fra by til land. Ser vi på den øvrige befolkning, er der dog i de store byer, og navnlig i hovedstaden, en forholdsvis høj andel af de 18-39-årige, der kommer fra andre dele af landet, hvilket kan være med til at forklare, at de udsatte grupper relativt set udgør en lavere andel af de yngre aldersgrupper i de store byer.

Den betydelige forskel i andelen, der tilhører de udsatte grupper, når vi sammenligner forskellige områder i landet, betyder også, at de økonomiske udgifter, der knytter sig til brugen af indsatser og ydelser i de udsatte grupper, er meget ulige fordelt mellem forskellige områder. Det er i de relativt ressource svage områder i landet med den højeste andel af udsatte, at vi finder de højeste udgifter til indsatser og ydelser til de udsatte grupper, mens det omvendt er i en række omegnskommuner rundt om storbyerne, at vi tilsvarende finder de laveste udgifter til indsatser og ydelser for de udsatte grupper. På den måde har de samfundsmæssige omkostninger til indsatser og ydelser til de udsatte grupper en skæv geografisk profil, hvor det er de områder i landet, der i forvejen er ressourcemæssigt svagere end landet som helhed, fx i form af en højere arbejdsløshed og et lavere indkomstgrundlag, at udgifterne til indsatser og ydelser til de udsatte grupper også vejer tungest.

Familiebaggrund og anbringelser

Undersøgelsen afdækker også forhold omkring den sociale baggrund for borgerne i de socialt udsatte grupper. I disse analyser ser vi på, hvad der kendetegner forældrebaggrunden for borgerne i de udsatte grupper. Disse analyser er afgrænset til de yngre aldersgrupper mellem 18 og 39 år, hvor vi har tilstrækkelige oplysninger om forældrene til at foretage denne analyse.

Rapportens analyser viser, at mens der er større risiko for at tilhøre de udsatte grupper blandt personer med lavtuddannede forældre, er det omtrent en fjerdedel af personerne i de udsatte grupper, der kommer fra familier, hvor mindst en af forældrene har en videregående uddannelse. Samtidig er den største uddannelsesgruppe blandt forældrene til personerne i de udsatte grupper dem, hvor det højeste uddannelsesniveau blandt (mindst én af) forældrene er en erhvervsfaglig

uddannelse. Det afspejler, at gruppen af forældre med erhvervsfaglige uddannelser også er langt den største uddannelsesgruppe i forældregenerationen.

Vi undersøger også, om forskelle i forældrebaggrunden har en betydning for omfanget af brugen af indsatser og ydelser i de udsatte grupper. Denne analyse har vi foretaget, fordi tidligere forskning generelt har vist, at den sociale baggrund kan have en betydning for, både hvordan man interagerer med velfærdssystemet, og for hvilke ressourcer der er til stede i familien og det sociale netværk rundt om borgeren. Analyserne viser imidlertid, at der ikke er markante forskelle på udsatte borgere med forskellige familiemæssige baggrunde med hensyn til brug af forskellige ydelser og omfanget af brugen af ydelserne. Når man som voksen først tilhører en af de udsatte grupper, har det således i det store hele ikke en yderligere betydning for omfanget af brugen af ydelserne, om man fx har højtuddannede eller lavtuddannede forældre. Det udelukker dog ikke, at der kan være kvalitative forskelle i brugen af og interaktionen med velfærdssystemet, som relaterer sig til den sociale baggrund, fx i form af evnen til at kommunikere med velfærdssystemets medarbejdere og at få den rette hjælp, men som ikke træder frem i omfanget af brugen af indsatserne.

Vi har også set på, hvor stor en del af personerne i de udsatte grupper der har haft en anbringelse uden for hjemmet eller har modtaget øvrige sociale foranstaltninger i barndommen, og om der kan påvises forskelle i omfanget af brugen af velfærdssystemet mellem de tidligere anbragte og de ikke-anbragte. Denne analyse viser, at der særligt i grupperne med de mest komplekse problemer er en forholdsvis høj andel, der har været anbragt eller har modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. Blandt de 18-39-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer er det 45 pct., der har været anbragt i barndommen, og yderligere 12 pct., der har modtaget øvrige foranstaltninger uden en anbringelse, mens det er 42 pct. af personerne i denne gruppe, der hverken har været anbragt eller har modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. Andelen af tidligere anbragte er noget lavere i grupperne med en lavere grad af kompleksitet i udsathed. Fx er det 18 pct. i gruppen med svære psykiske lidelser (uden yderligere kompleksitet), som har været anbragt, og yderligere 9 pct. i denne gruppe, der har modtaget øvrige foranstaltninger uden at have været anbragt. Disse analyser viser således, at mens der er en væsentligt højere andel af tidligere anbragte i de udsatte grupper end i den øvrige befolkning, er det langt fra alle i de udsatte grupper, der har været anbragt eller har modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. Det kan fx være tilfælde, hvor en psykisk lidelse eller et misbrugsproblem har udviklet sig senere i løbet af ungdomsårene eller i voksenlivet. Det skal også understreges, at selvom risikoen for som voksen at tilhøre de udsatte grupper er væsentligt højere blandt tidligere anbragte end blandt ikke-anbragte, tilhører flertallet af de tidligere anbragte *ikke* de udsatte grupper som voksne.

Der er endvidere tegn på, at brugen af indsatser og ydelser inden for de enkelte udsatte grupper i flere tilfælde er højere blandt de tidligere anbragte end blandt dem, der ikke tidligere har været anbragt. Det gælder bl.a. for brugen af udvalgte ydelser efter serviceloven og for antallet af psykiatriske indlæggelsesdage. Der kan i den forbindelse være tale om en selektionseffekt inden for de enkelte udsatte grupper, i form af at graden af udsathed er lidt mere alvorlig blandt de tidligere anbragte end blandt de ikke-anbragte. Der kan også være andre forhold, der spiller ind, fx det sociale netværk rundt om borgeren, som kan have betydning for omfanget af støttebehovet, og hvor netværket alt andet lige formentlig er svagere blandt de tidligere anbragte end blandt dem i de udsatte grupper, der ikke har været anbragt.

Konklusioner og perspektiver

Undersøgelsens resultater viser, at socialt udsatte borgere bruger en bred vifte af indsatser i mange forskellige dele af velfærdssystemet. Særligt i grupperne med de mest komplekse sociale og helbredsmæssige problemer er der en tilsvarende kompleks brug af forskellige indsatser på tværs af sektorer. Undersøgelsen har også sat tal på omkostningerne ved de socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet, og disse analyser viser, at ud over de menneskelige omkostninger har den sociale udsathed også meget store økonomiske omkostninger for samfundet i almindelighed og for det offentlige i særdeleshed. For den forholdsvis brede gruppe på 280.000 borgere i de otte grupper, vi har set på i analysen, er der tale om nettoudgifter for det offentlige velfærdssystem på ca. 41 mia. kr. om året. Alene for de ca. 22.000 borgere i de udsatte grupper med de mest komplekse problemer er der tale om nettoudgifter i størrelsesordenen 6 mia. kr. om året på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer.

Undersøgelsen tegner således et billede af et omfattende ressourceforbrug til indsatser og ydelser for de udsatte borgere på tværs af mange forskellige områder af det samlede velfærdssystem. Ligeledes viser analyserne, at omfanget af ressourceforbruget målt pr. borger i vid udstrækning øges i takt med udsathedens kompleksitet. Set i forhold til at afhjælpe og forebygge udsathed er der derved et potentiale for at mindske en del af dette ressourceforbrug. Det skal dog påpeges, at det næppe er realistisk helt at forebygge behovet for de forskellige typer af indsatser, men der er særligt et potentiale for at mindske behovet for indsatser, der er knyttet til en forværring af borgernes livssituation, fx i forhold til sygelighed, hjemløshed eller kriminalitet. Derved kan der skabes en mere optimal ressourceanvendelse, der kan være med til at frigive ressourcer til en styrket social indsats.

På trods af de høje udgifter, når vi ser på tværs af hele velfærdssystemet, viser undersøgelsen også, at der er en del variation mellem de forskellige indsatsområder på, hvor stor en del af de udsatte borgere der modtager forskellige indsatser. Særligt de individuelle, "håndholdte" sociale indsatser, som man kan give efter serviceloven, er der forholdsvis få i de udsatte grupper, der modtager. Det gælder navnlig den socialpædagogiske støtte i eget hjem efter servicelovens § 85, og det gælder også aktivitets- og samværsydelser efter servicelovens § 104. Disse ydelser er der således en forholdsvis lav andel i alle de udsatte grupper, der modtager – også i grupperne med komplekse problemer – ligesom der er en særligt lav andel, der modtager de pågældende indsatser i de grupper, der primært er defineret ud fra misbrugsproblemer, mens andelen er lidt højere i grupperne, der har en diagnosticeret psykisk lidelse.

Det kan umiddelbart undre, at andelen, der modtager sådanne individuelle sociale støtteforanstaltninger, er forholdsvis lav, da denne form for støtte ikke blot har til formål at give en social og praktisk støtte i hverdagen, men samtidig er velegnet til at hjælpe med at bygge bro til det øvrige velfærdssystem og understøtte og koordinere borgerens brug af øvrige indsatser. Ikke mindst for udsatte borgere med komplekse problemer, der har en ret omfattende brug af en række indsatser og ydelser i det øvrige velfærdssystem, herunder i sundhedsvæsenet, vil der formentlig være et betydeligt potentiale for at skabe mere sammenhæng og helhed i indsatsen, og derved vil der også være et potentiale for at reducere den omfattende brug af indsatser og de medfølgende omkostninger i store dele af velfærdssystemet for disse borgere.

Undersøgelsens kvantitative analyser giver ikke et indblik i, hvilke nærmere mekanismer og processer der ligger bag de mønstre, vi kan observere i brugen af indsatserne, herunder de eventuelle barrierer og udfordringer, der måtte være omkring brugen af indsatserne og deres udbredelse i de udsatte grupper. I denne rapportes kvalitative søsterundersøgelse (Mik-Meyer, 2018) er der

kastet nærmere lys over, hvad der kendetegner den ofte komplekse og sammensatte brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser i de udsatte grupper.

Mik-Meyers undersøgelse afdækker en række betydelige udfordringer og barrierer omkring både adgangen til og sammenhængen på tværs af forskellige indsatser. Mik-Meyer peger bl.a. på konsekvenserne af den betydelige opsplitning mellem forskellige dele af indsatsen målrettet udsatte borgere, både hvad angår de behandlingsmæssige indsatser, de sociale indsatser og de beskæftigelsesrettede indsatser. Ofte er der tale om systemer, der hver især arbejder ud fra forskellige og ofte uforenelige rationaler, der skaber modsætninger og dilemmaer i indsatsen for borgeren (Mik-Meyer, 2018, s. 27). De forskellige rationaler kan ses i det vanskelige samarbejde mellem misbrugsbehandling og det psykiatriske behandlingssystem ligesom de forskellige rationaler i klassisk socialt arbejde målrettet livskvalitet og beskæftigelsesarbejde kan være vanskelige at forene. Det forskellige fokus i arbejdet med udsatte borgere skaber en uklarhed om, hvilke konkrete aktiviteter der skal iværksættes, og hvordan de skal udføres i praksis. Mik-Meyer (2018, s. 58) peger desuden på udfordringer med at give borgeren en tilstrækkelig individuel social støtte i hjemmet. Ifølge nogle interviewede fagprofessionelle kan der være driftsøkonomiske og ressourcemæssige hensyn bag barrierer i adgangen til denne type af individuelle sociale indsatser. Det kan fx betyde, at de udsatte borgere bliver visiteret til en støtte, der i omfang og timetal ikke modsvarer omfanget og kompleksiteten af deres støttebehov. Det kan fx være borgere, der bliver visiteret til 1-2 timers hjælp om ugen og med klare afgrænsninger af, hvad borgeren må modtage hjælp til, mens det reelle støttebehov ifølge den medarbejder, der kender borgerens situation og problemer bedst, vurderer støttebehovet som væsentligt højere.

Resultaterne fra både undersøgelsens kvantitative del, der er præsenteret i denne rapport, og fra den kvalitative undersøgelsesdel tegner således samlet set et billede af, at de udsatte borgere ofte benytter indsatser og ydelser i mange forskellige dele af velfærdssystemet, samtidig med at indsatsen ofte opleves som fragmenteret og usammenhængende. Derved tegner undersøgelsen i særdeleshed et potentiale for at styrke de typer af indsatser, der kan bidrage til at skabe mere helhed og sammenhæng i den samlede indsats for borgeren.

Dette potentiale skal sammenholdes med de meget betydelige udgifter til brugen af indsatser og ydelser for de udsatte grupper i det øvrige velfærdssystem, fx somatiske og psykiatriske behandlingsydelser, brug af herberger, hjemmesygepleje og hjemmehjælp samt udgifter til fængselsophold og i retsvæsenet. Set i et samfundsmæssigt og ressourcemæssigt perspektiv er det således vigtigt at se på brugen af indsatser og ydelser i deres helhed på tværs af de forskellige sektorer. Ikke mindst modsvares en forholdsvis lav brug af sociale indsatser for en del af de udsatte borgere af tilsvarende høje udgifter på andre indsatsområder. Set i forhold til den samlede indsats kan dette pege på potentialer for at styrke og forbedre indsatsen på nogle områder med det formål at forebygge behovet for indsatser og udgifter på andre områder. Derved kan undersøgelsens resultater ses i et socialt investeringsperspektiv, hvor der kan være god økonomi for samfundet og velfærdssystemet som helhed i at investere i mere dækkende og sammenhængende indsatser for de udsatte grupper. Heri ligger således også et potentiale for skarpere prioriteringer af bestemte typer af indsatser, der allerede har udvist lovende resultater, som fx nyere evidensbaserede, intensive støttemetoder.

Der er generelt gennem de senere år sket en betydelig metodeudvikling omkring forskellige typer af indsatser, som har fokus på at styrke sammenhængen i indsatsen for udsatte borgere og give en mere individuelt tilpasset støtte. I en række nyere satspuljeprogrammer er der afprøvet nye systematiske, intensive støttemetoder som Intensive Case Management (ICM), Critical Time Intervention (CTI) og Assertive Community Treatment (ACT). Det er indsatsmetoder, der i udgangs-

punktet er hentet fra Nordamerika (USA og Canada) og derefter tilpasset og afprøvet i det danske velfærdssystem til forskellige målgrupper, fx borgere ramt af hjemløshed, borgere med psykiske lidelser, herunder gruppen med samtidigt misbrug, samt borgere med prostitutionserfaring. Evalueringer af disse indsatser på tværs af de forskellige målgrupper viser generelt, at der er gode resultater og erfaringer med brugen af sådanne individuelt tilpassede og fleksible indsatser (Amilon m.fl., 2017; Benjaminsen, Dyrby, Enemark m.fl., 2017; Dyrvig m.fl., 2017; Rambøll & SFI, 2013).

ACT-metoden er et eksempel på en sådan indsats og består af et tværfagligt indsatsteam med socialpædagoger, sygeplejerske, misbrugsbehandler, psykiater, socialrådgiver og en beskæftigelseskonsulent, som støtter borgeren i eget hjem eller dér, hvor borgeren er. Undersøgelser fra både ind- og udland har generelt vist, at denne indsatsmetode er meget stærk i forhold til at give en integreret og sammenhængende indsats til de udsatte grupper med de mest komplekse støttebehov (Amilon m.fl., 2017; Benjaminsen, 2013; Coldwell & Bender, 2007). Det er netop de udsatte borgere med komplekse støttebehov, som ifølge rapportens analyser har et meget omfattende forbrug af indsatser i mange forskellige dele af velfærdssystemet. Sammen med undersøgelsens kvalitative del viser også en række tidligere undersøgelser, at opsplitningen mellem det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet vedbliver at give store udfordringer med at tilvejebringe en helhedsorienteret indsats til gruppen, der har misbrugsproblemer samtidig med en psykisk lidelse (Becker & Barfod, 2009; Socialt Udviklingscenter, 2011). I den sammenhæng udgør ACT-indsatsen et eksempel på en integreret indsats, der er særligt henvendt til denne målgruppe, med kombinationen af misbrugsbehandling, psykiatrisk behandling og socialpædagogisk støtte i et tværfagligt indsatsteam. ACT-metoden benyttes imidlertid i dag kun i meget begrænset omfang på det sociale område i Danmark. Der er således et betydeligt potentiale for at styrke og optimere indsatsen for de mest udsatte borgere ved i højere grad at anvende denne indsatsmetode.

Mens ACT-metoden er rettet mod udsatte borgere i grupperne med de mest komplekse støttebehov, er det ikke alle udsatte borgere, der har brug for en så intensiv indsats. Der er også udsatte borgere, der har gavn af andre typer af systematiske indsatser, som ICM- eller CTI-metoden. Set i forhold til de udsatte grupper, vi har belyst i rapporten, viser registeranalyserne, at der også i flere af de øvrige grupper er et betydeligt forbrug af indsatser, og også for disse grupper vil der formentlig i forskellige situationer og perioder af deres liv være behov for at skabe bedre sammenhæng i indsatsen. Det kan fx være alkohol- eller stofmisbrugere eller borgere med psykiske lidelser, som bliver udskrevet fra behandlingstilbud. Selvom de forskellige ovennævnte metoder efterhånden er afprøvet til flere målgrupper, er der generelt brug for mere viden om, hvilke indsatser der virker bedst til hvilke grupper, ligesom der er behov for mere viden om, hvordan sådanne indsatser kan implementeres og forankres i det kommunale velfærdssystem.

Rapportens analyser peger endvidere på, at det er vigtigt at have fokus på de beskæftigelses- og forsørgelsesmæssige aspekter af indsatsen. Mens hovedparten af borgerne i de udsatte grupper modtager overførselsindkomst, er der særligt i grupperne med de mindre komplekse problemer også en betydelig del, der er i beskæftigelse, og i denne gruppe er der, ud over lavere udgifter til overførselsindkomster, også markant lavere udgifter til en række øvrige indsatser og ydelser. Ud fra forskellen i brugen af indsatser mellem de beskæftigede og ikke-beskæftigede inden for de udsatte grupper kan man dog ikke automatisk slutte, at hvis borgeren kommer i beskæftigelse, så falder udgifterne til de øvrige indsatser og ydelser (ud over overførselsindkomsterne) tilsvarende. Det skyldes, at vi må antage, at der inden for de enkelte udsatte grupper er en selektionseffekt i forhold til, om personen er i beskæftigelse eller ej, fx i forhold til graden af symptomer på en psykisk lidelse eller omfanget af et misbrugsproblem. På trods af dette generelle forbehold antyder analysen et potentiale – både for den enkelte borger og samfundet – ved at styrke indsatsen for at hjælpe udsatte borgere ind på arbejdsmarkedet og derved øge beskæftigelsesgraden i de udsatte grupper.

Analyserne viser, at en betydelig del af gruppen af kontanthjælpsmodtagere i befolkningen som helhed tilhører en af de otte udsatte grupper, som vi har identificeret i analysen, og er således enten registreret med psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller har været ramt af hjemløshed inden for en kortere årrække. Når man ser på beskæftigelsespotentialer i de udsatte grupper, og navnlig i den store gruppe af kontanthjælpsmodtagere i de udsatte grupper, er det derfor vigtigt at medtænke profilen af udsathed i de beskæftigelsesrettede indsatser. Her kan der peges på potentialerne ved nyere evidensbaserede indsatsmetoder, der integrerer de sociale og beskæftigelsesrettede indsatser, hvor særligt metoden "Individual Placement and Support" (IPS) har vist gode resultater i forhold til at hjælpe borgere med psykiske lidelser ind på arbejdsmarkedet (Burns m.fl., 2007; Kinoshita m.fl., 2013; Rinaldi m.fl., 2008). Ud fra denne indsats lægges der vægt på en hurtig jobplacering i et almindeligt job med en tilhørende social støtte, der både har fokus på at lære at håndtere hverdagen på arbejdspladsen og samtidig give borgeren den fornødne støtte og hjælp på andre områder af livet, herunder i forhold til den psykiske lidelse.

Ligesom for de individuelle sociale indsatser er der også for de integrerede beskæftigelsesrettede indsatser behov for mere viden om, hvordan disse indsatser konkret kan udformes i forhold til forskellige grupper med forskellige støttebehov, og hvordan sådanne indsatser virker for de forskellige grupper. Set i forhold til kompleksiteten af støttebehovene er et centralt spørgsmål i den sammenhæng, hvor langt ind i de udsatte grupper, at sådanne integrerede beskæftigelsesrettede indsatsmetoder vil være i stand til at "løfte", når det gælder at hjælpe de udsatte borgere ind på arbejdsmarkedet. Her er der generelt brug for mere viden om udformningen og rækkevidden af sådanne indsatser, der potentielt kunne styrke den eksisterende beskæftigelsesindsats.

Potentialet for at styrke og videreudvikle disse forskellige typer af individuelle, "håndholdte" indsatser gælder generelt både i forhold til indsatsernes konkrete udformning, ligesom det gælder deres rækkevidde i de udsatte grupper, det vil sige indsatsernes "dækningsgrad". Indtil videre er det imidlertid kun en meget lille del af de udsatte borgere, der modtager sådanne specialiserede, systematiske indsatser (se fx Benjaminsen & Enemark, 2017). Der er således et fortsat behov for at udvikle og afprøve sådanne indsatser til forskellige målgrupper, ligesom der er behov for at udbrede disse indsatser i målgrupperne af udsatte borgere, når de først er udviklet og afprøvet.

Samtidig med at der er et behov for at styrke den individuelle sociale indsats, er det væsentligt at understrege, at også strukturelle og systemiske forhold har stor betydning for muligheden for at skabe helhed og sammenhæng i indsatsen for de udsatte borgere. Som nævnt er en fremtrædende problematik den fundamentale opsplittning i behandlingssystemerne på misbrugs- og psykiatrimrådet, hvor der er et stort behov for at udvikle mere integrerede indsatser. Samtidig påvirker strukturelle forhold som boligmangel eller mangel på beskæftigelsesmuligheder for borgere med lave erhvervsfaglige kvalifikationer også mulighederne for at skabe sammenhæng i indsatsen, idet de mest udsatte borgere typisk er dem, der rammes mest af sådanne ugunstige strukturelle faktorer.

Endelig skal det fremhæves, at undersøgelsens resultater viser, at der er sket væsentlige ændringer i de geografiske mønstre i udsathed, hvor der i de yngre aldersgrupper sker en betydelig stigning i andelen med psykiske lidelser og misbrugsproblemer i egne af landet, der i forvejen kan karakteriseres som ressourcetsvage områder, mens der ikke sker en lige så kraftig stigning i udsathed i de yngre aldersgrupper i storbyerne. Dette mønster indskrives sig således i en bredere samfundsmæssig tendens i disse år til forskydninger i den sociale og økonomiske profil mellem land og by med en koncentration af ressourcetsvage grupper i en række af landets yderområder, mens der omvendt sker en koncentration af ressourcestærke grupper, primært i storbyerne og oplandet rundt om storbyerne. Set i lyset af rapportens økonomiske analyser skal man således være opmærksom på, at der netop i områder af landet, der også i en bredere sammenhæng er

kendetegnede ved lavere vækst og beskæftigelse, således sker en koncentration af borgere med et stort behov for og en forholdsvis omfattende brug af velfærdssystemets sociale indsatser.

Datagrundlag

Undersøgelsens datagrundlag er baseret på at kombinere registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen på en række forskellige områder. Der er anvendt registerdata for hele den voksne befolkning mellem 18 og 79 år, der er omfattet af undersøgelsen, samt for forældrene til personerne i de yngre aldersgrupper.

Den sociale udsathed er målt over en 5-årig periode fra 2010 til 2014 på de indikatorer, der indgår i definitionen og afgrænsningen af de udsatte grupper. I den sammenhæng er der for flere af indikatorerne anvendt data fra forskellige dataregistre. Eksempelvis er oplysninger om misbrugsproblemer indhentet fra både registre om stof- og alkoholbehandling og fra landspatientregistrets somatiske og psykiatriske del.

Oplysningerne om brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser er baseret på en samkøring af dataregistre på en række indsatsområder. Ved udformningen af undersøgelsens analysedesign er en række forhold omkring rækkevidden og dækningsgraden af oplysningerne i registrene taget i betragtning. Det gælder særligt for en række oplysninger om indsatser på det sociale område. Med undtagelse af social stofmisbrugsbehandling (servicelovens § 101) og brug af boformer for hjemløse (servicelovens § 110), hvor der er tilgængelige data for en længere årrække, er der først oplysninger i de centrale dataregistre fra 2013 og frem om brugen af en række øvrige sociale indsatser under serviceloven, som fx social støtte (servicelovens § 85) og midlertidige og længerevarende botilbud (servicelovens § 107 og 108). Endvidere er der enkelte kommuner, hvorfra disse oplysninger fortsat ikke indrapporteres til de centrale dataregistre i Danmarks Statistik. Her er der ved beregningen af brugen af indsatser og de tilhørende omkostninger anvendt en ekstrapolation, baseret på oplysningerne fra den store del af landets kommuner, hvor der er oplysninger i registrene. Endvidere skal det fremhæves, at der til denne undersøgelse er stillet et stort datasæt til rådighed af Københavns Kommune om indsatserne på det sociale område i København, der var den eneste af de store kommuner, hvor disse oplysninger ikke fandtes i de centrale dataregistre.

Ved udtrækket af data til undersøgelsen var år 2014 det seneste år, hvor der var tilgængelige oplysninger i dataregistre om alle de væsentlige indsatser og ydelser, der indgår i analyserne. Derfor er år 2014 anvendt som det gennemgående år, hvor vi opgør de socialt udsatte gruppers brug af velfærdssystemet. Der indgår i nogle af rapportens analyser også oplysninger på udvalgte indsatsområder tilbage i tid, hvor vi bl.a. ser på, hvordan brugen af indsatser og ydelser udvikler sig gennem ungdomsårene og i det tidlige voksenliv.

Analysen af omkostningerne ved indsatserne er afgrænset til at belyse udgifterne ved brugen af de indsatser, vi kan måle i registrene, hvilket i praksis betyder, at analysen afdækker udgifterne til indsatser i det offentlige velfærdssystem eller indsatser, der i det store hele finansieres af det offentlige velfærdssystem (fx gennem en driftsoverenskomst eller en fastsat takst). For overførselsindkomsterne samt en række behandlingsydelser i sundhedsvæsenet rummer de centrale registre oplysninger om de eksakte udgifter for den enkelte borger. For de øvrige indsatsområder indeholder dataregistre oplysninger om brugen af indsatserne, men ikke om de eksakte udgifter knyttet til indsatsen for den enkelte borger, og for disse indsatser er de økonomiske analyser i rapporten baseret på oplysninger om gennemsnitlige enhedsomkostninger for de forskellige indsatser og ydelser. Oplysninger om enhedsomkostningerne for indsatserne er baseret på en række forskellige kilder og beregninger (for en nærmere beskrivelse heraf, se kapitel 3). Anvendelsen af enheds-

omkostninger som opgørelsesmetode for en del af de indsatser, der indgår i analyserne, betyder, at der er tale om beregnede udgifter, hvor der anvendes en standardiseret pris for brugen af indsatsen på tværs af både individer og kommuner. Det betyder, at der vil være en afvigelse mellem de beregnede udgifter og de faktiske udgifter for den enkelte borger og derved også en afvigelse, når vi fx sammenligner udgifterne på tværs af forskellige grupper og mellem kommuner. I gennemsnit for landet som helhed og for udgifterne samlet set inden for et indsatsområde vil enhedsudgifterne dog stort set svare til de faktiske udgifter, da enhedsudgifterne netop er standardiserede enhedspriser, der er beregnet som et gennemsnit på tværs af personer og grupper.

1 Indledning

I denne rapport præsenteres resultaterne af en undersøgelse af socialt udsatte borgeres brug af indsatser i det offentlige velfærdssystem og af de økonomiske udgifter, der er forbundet med denne brug af indsatser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer.

Formålet med undersøgelsen er at tegne et billede af de udsatte gruppers brug af det samlede velfærdssystem på tværs af sektorer og områder. Det er også et centralt formål med undersøgelsen at tilvejebringe et samlet overblik over størrelsen af de samlede offentlige udgifter, der er forbundet med den sociale udsathed, herunder en detaljeret viden om udgifterne på forskellige indsatsområder og i forskellige sektorer af velfærdssystemet, herunder både på det sociale område og på sundhedsområdet.

Ved at afdække brugen af indsatser og ydelser på en række forskellige områder og samtidig afdække omfanget af udgifter, der er forbundet med indsatserne, kan der opnås en bedre forståelse af samspillet mellem indsatserne på forskellige områder, ligesom der ud fra analyserne kan peges på potentialer for at forbedre og optimere indsatsen. Derved er det også formålet med undersøgelsen at tilvejebringe et bedre vidensgrundlag for den fortsatte udvikling af indsatser for de socialt udsatte grupper, herunder ikke mindst indsatser, der bidrager til at skabe bedre sammenhæng og helhed i indsatsen på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer.

Ved at sætte kroner og ører på de omkostninger, som social udsathed har for samfundet og velfærdssystemet som helhed, er det forhåbningen, at vi derved kan bidrage til den allerede igangværende debat i samfundet om potentialerne ved investeringer på det sociale område.

Den samlede undersøgelse har bestået af både en kvantitativ og en kvalitativ del, hvor denne rapport præsenterer resultaterne af den kvantitative registeranalyse. Den kvalitative undersøgelsesdel har belyst de socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemets indsatser i et kvalitativt perspektiv ud fra interview med borgere og medarbejdere i en række sociale og behandlingsmæssige tilbud henvendt til socialt udsatte borgere. Den kvalitative undersøgelsesdel er publiceret i bogen *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. Dilemmaer i den organisatoriske praksis* (Mik-Meyer, 2018). I indeværende rapport inddrages i flere tilfælde også resultater fra den kvalitative undersøgelsesdel til at uddybe de processer og mekanismer, der ligger bag de mønstre, der viser sig i den kvantitative analyse af brugen af indsatser og ydelser.

1.1 Rapportens opbygning

I rapportens kapitel 2 præsenteres undersøgelsens teoretiske ramme i form af den multidimensionelle forståelse af social udsathed, der ligger bag undersøgelsens definition af de socialt udsatte grupper, herunder af en række forskellige dimensioner af udsathed. I kapitlet diskuteres også tidligere forskning om både profilen af de udsatte grupper og deres brug af velfærdssystemet samt forskning, der har belyst de økonomiske omkostninger, der er forbundet med social udsathed.

Kapitel 3 er rapportens metodekapitel, der redegør for brugen af registerdata og for operationaliseringen og den empiriske måling af de udsatte gruppers størrelse og profil. Der redegøres også for de beregningsmetoder, der er anvendt i rapportens analyse af de udsatte gruppers brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser, og de samfundsmæssige udgifter, der er knyttet til disse indsatser og ydelser.

Kapitel 4 tegner en profil af den sociale udsathed og af de udsatte grupper, hvor vi beskriver de otte analytiske grupper, som den videre analyse er baseret på. Vi ser i dette afsnit også på de udsatte gruppers udvikling gennem de senere år.

I kapitel 5 foretager vi en analyse af de udsatte gruppers brug af indsatser og ydelser på en række forskellige områder i velfærdssystemet. Det gælder brugen af en række sociale indsatser under serviceloven som botilbud, bostøtte i eget hjem, herberger, misbrugsbehandling og aktivitets- og samværsydelser. Vi afdækker også brugen af sundhedsmæssige indsatser i form af somatiske og psykiatriske ydelser i hospitalssystemet og brugen af lægeydelser, ligesom vi opgør omfanget af fængselsophold for borgerne i de udsatte grupper. Endelig ser vi på andelen, der modtager forskellige typer af overførselsindkomst i de udsatte grupper, fx kontanthjælp, førtidspension og dagpenge.

Kapitel 6 indeholder en analyse af de økonomiske udgifter, der er forbundet med brugen af indsatser og ydelser i de udsatte grupper. Her opgør vi de samlede udgifter for de udsatte grupper og inden for de enkelte udsatte grupper, ligesom vi opgør udgifterne inden for forskellige sektorer, fx på det sociale område og i sundhedssystemet.

I kapitel 7 belyser vi mønstre omkring beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag i de udsatte grupper, og vi afdækker, hvilken betydning disse forhold har for brugen af øvrige indsatser og ydelser samt i forhold til de økonomiske omkostninger.

Kapitel 8 afdækker en række geografiske aspekter af den sociale udsathed, herunder hvor stor en andel de udsatte grupper udgør af den samlede befolkning i forskellige områder af landet, og når vi sammenligner by og land. Vi ser på, hvad disse mønstre betyder for fordelingen af de økonomiske omkostninger, der er forbundet med den sociale udsathed i forskellige områder af landet og mellem landets kommuner.

I kapitel 9 afdækker vi den sociale baggrund i de udsatte grupper i form af, hvad der kendetegner forældrene til borgerne i de udsatte grupper, når vi ser på forældrenes uddannelsesniveau og på, om der under opvæksten har været tegn på udsathed blandt forældrene. Vi ser også på, hvilken betydning forældrebaggrunden har for omfanget af brugen af indsatser og ydelser i de udsatte grupper. Endelig belyser vi i dette kapitel også, hvorvidt borgerne i de udsatte grupper har været anbragt eller har modtaget øvrige sociale foranstaltninger i barndommen, og hvilken sammenhæng der er mellem en tidligere anbringelse og den senere brug af indsatser og ydelser. Analyserne i dette kapitel er begrænset til de yngre aldersgrupper, hvor der er tilstrækkelige oplysninger i registrene om borgernes forældre til at foretage disse analyser.

2 Teori og baggrund

I dette kapitel præsenteres undersøgelsens teoretiske tilgang, ligesom vi inddrager tidligere forskning om socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet. Undersøgelsen er baseret på en multidimensionel forståelse af social udsathed, som vi gennemgår i den første del af kapitlet. Vi inddrager også forskning, der har afdækket de barrierer og udfordringer, der for udsatte borgere med komplekse problemer og støttebehov kan være forbundet med brugen af velfærdssystemet. Kapitlet inddrager også tidligere forskning om de økonomiske aspekter af den sociale udsathed, ligesom vi rammesætter problematikken omkring velfærdssystemets indsatser og tilbud til de udsatte grupper ud fra et socialt investeringsperspektiv. Endelig inddrager vi viden om nyere indsatser, der kan være med til at imødegå udfordringer ved brugen af velfærdssystemets indsatser for de udsatte borgere og bidrage til at skabe en mere sammenhængende indsats.

2.1 En multidimensionel tilgang til social udsathed

På det sociale område benyttes begrebet "social udsathed" til at beskrive, når mennesker er ramt af et samspil mellem sociale og helbredsmæssige problemer på mange forskellige livsområder. Det kan være en psykisk lidelse, misbrugsproblemer, et dårligt fysisk helbred, kortere eller længere perioder af hjemløshed, et svagt socialt netværk og social isolation. Borgere med denne type problemer står samtidig ofte uden for arbejdsmarkedet i lange perioder af deres liv og er henvist til offentlig forsørgelse som kontanthjælp eller førtidspension.

Ud over begrebet "social udsathed" er der forskellige beslægtede begreber, som vi i samfundsforskningen benytter til at beskrive sådanne komplekse sociale og helbredsmæssige problemer, fx begreberne "social eksklusion" og "social marginalisering". Disse begreber har hver især en lidt forskellig betoning og teoretisering af de sociale processer og mekanismer, der ligger bag fenomenet. Når man taler om social eksklusion, fokuserer man på manglende muligheder for deltagelse i forskellige samfundsmæssige arenaer som arbejdslivet, civilsamfundet og lokalsamfundet, mens man, når man taler om social marginalisering, særligt har fokus på den proces, hvor borgeren udvikler stadigt mere komplekse problemer på forskellige områder af livet. På den måde kan begrebet om social marginalisering benyttes til at karakterisere de marginaliseringsprocesser, der kendetegner bevægelserne mellem yderpolerne af social inklusion og eksklusion (Larsen & Mortensen, 2009). I den sammenhæng benyttes i den udenlandske forskningslitteratur begrebet om dyb eksklusion ("deep exclusion") til at karakterisere personer, der er ekskluderet på mange aspekter af livet (Bradshaw m.fl., 2004; Levitas m.fl., 2007).

Begrebet "socialt udsatte" bruges ofte til at karakterisere grupper som "hjemløse", "misbrugere" eller "psykisk syge", hvor det er de enkelte dimensioner af udsathedens som hjemløshed, misbrugsproblemer og psykiske lidelser, der er i fokus. En sådan brug af udsathedsbegrebet om udsathedens enkelte dimensioner indfanger imidlertid ikke, at social udsathed i høj grad er karakteriseret ved et komplekst samspil mellem udsathed på forskellige livsområder, og at der er et betydeligt overlap mellem udsathedens forskellige dimensioner. Samtidig kan brug af begrebet social udsathed bidrage til en individualiseret forståelse, hvor fokus primært er på individets sociale og helbredsmæssige problemer, mens de samfundsmæssige aspekter af udsathedens, fx ændringer på arbejdsmarkedet eller boligmangel, underbetones (Larsen, 2009). Social udsathed og marginalisering opstår således typisk i et samspil mellem individuelle sårbarhedsfaktorer som psykiske lidelser og misbrugsproblemer, og strukturelle og systemiske faktorer, som mangel på beskæfti-

gelsesmuligheder, boligmangel og utilstrækkelige tilbud i velfærdssystemet, hvor netop socialt sårbare individer har størst risiko for at blive ramt af sådanne ugunstige strukturelle forhold.

Når vi, trods disse forbehold, benytter begrebet "social udsathed" som det gennemgående begreb i denne rapport, skyldes det, at vi i rapportens analyser foretager en registerbaseret identifikation og måling af en række grupper, som ligger tæt op ad den gængse forståelse af udsathed på socialområdet og nogle af de centrale dimensioner, som vi sædvanligvis forbinder med social udsathed, som psykiske lidelser, misbrugsproblemer og hjemløshed. Vi tager samtidig højde for kompleksiteten i udsatheden, hvor vi ikke fokuserer på udsathedens enkeltdimensioner, men i stedet definerer udsatheden ud fra den kompleksitet, der er på spil mellem de forskellige dimensioner af udsatheden. Derved bygger vi generelt på en multidimensionel forståelse af social eksklusion og marginalisering, som er fremtrædende i forskningslitteraturen på området (Levitas, 2006; Levitas m.fl., 2007; Wagle, 2008).

2.2 Tidligere undersøgelser af udsathedens kompleksitet

Flere nyere undersøgelser har afdækket, hvad der kendetegner omfanget og karakteren af social udsathed, social marginalisering og social eksklusion i Danmark. Disse undersøgelser har ligeledes anvendt den multidimensionelle forståelse af udsatheden, som er blevet belyst empirisk ved hjælp af forskellige metoder i form af både registeranalyser og ud fra spørgeskemaundersøgelser.

I undersøgelsen *Familiebaggrund og social marginalisering* (Benjaminsen, Andrade, Andersen m.fl., 2015) afdækkede vi omfanget og karakteren af social marginalisering ud fra registerbaserede indikatorer. Undersøgelsen benyttede en statistisk model, baseret på metoden "latent klasseanalyse", til at afdække de underliggende mønstre og strukturer i den sociale udsathed, som viste sig på tværs af en række risikoindikatorer for social udsathed, som vi målte ud fra de tilgængelige dataregistre. Et væsentligt resultat af den undersøgelse var, at der, når man benytter registeroplysninger om bl.a. psykiske lidelser, misbrugsproblemer og hjemløshed til at identificere mønstrene i den sociale marginalisering og udsathed, viser sig at være et spænd mellem grupper med et sammenfald af flere forskellige problemer og grupper, der primært blot er registreret på enkelte af disse indikatorer. Der viste sig at være to forskellige grupper med "komplekse problemer". Den ene gruppe var en gruppe af psykisk syge misbrugere, der også ofte var ramt af hjemløshed og/eller kriminalitetsproblemer. Den anden gruppe var en gruppe af øvrige misbrugere, som ikke var registreret med psykiske lidelser, men som ofte var ramt af hjemløshed og/eller kriminalitetsproblemer. Derudover var der også grupper, der ikke i samme grad havde en kompleks profil, fx borgere med psykiske lidelser, som hverken havde misbrugsproblemer eller var registreret med hjemløshed. Et andet væsentligt resultat var, at den sociale baggrund blandt de borgere, der var registreret på de forskellige indikatorer, var forholdsvis heterogen. På den ene side var der en betydeligt større risiko for at tilhøre de marginaliserede grupper blandt borgere med lavtuddannede forældre og særligt blandt dem, hvis forældre også havde tegn på udsathed (fx en psykisk lidelse eller misbrugsproblemer). På den anden side var der også en stor gruppe af de borgere, der var registreret på de forskellige indikatorer, som kom fra bredere sociale lag, fx familier, hvor forældrene havde en videregående eller en erhvervsfaglig uddannelse, og familier, hvor forældrene ikke var registreret på nogle af de tilsvarende risikoindikatorer, det vil sige, at forældrene hverken var registreret med psykiske lidelser, misbrugsproblemer, hjemløshed eller fængselsophold.

Det er i vid udstrækning resultaterne fra *Familiebaggrund og social marginalisering*, som vi bygger videre på i indeværende undersøgelse, hvor vi benytter en række registerbaserede oplysninger til at identificere forskellige udsatte grupper, der er kendetegnet ved en forskellig grad af kompleksi-

tet i udsathed. Den tidligere undersøgelse belyste imidlertid kun i begrænset grad de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet. På den måde udgør analyserne i indeværende undersøgelse en overbygning på de tidligere resultater, idet vi ser nærmere på, hvad der kendetegner de forskellige gruppers brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser, samt hvilke økonomiske omkostninger der for samfundet er forbundet med den sociale udsathed.

En anden nylig undersøgelse, *Fattigdom og afsavn*, belyste ud fra en spørgeskemaundersøgelse forekomsten af materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige, sammenlignet med ikke-fattige (Benjaminsen, Enemark & Birkelund, 2016). Undersøgelsen belyste også, i hvilken grad gruppen af økonomisk fattige var kendetegnet ved øvrige sociale og helbredsmæssige problemer, og hvordan disse faktorer spillede sammen med afsavnene. Undersøgelsen viste, at gruppen af økonomisk fattige var sammensat af flere forskellige grupper. Der var en gruppe af økonomisk fattige, som samtidig havde betydelige tegn på social udsathed, og som ligeledes havde et væsentligt større omfang af materielle og sociale afsavn end den øvrige befolkning. Blandt de økonomisk fattige var der særligt en stor gruppe af kontanthjælpsmodtagere med betydelige sociale og helbredsmæssige problemer. Blandt de økonomisk fattige var der imidlertid også en del med tilknytning til arbejdsmarkedet, fx deltidsbeskæftigede eller små selvstændige, som over en længere periode havde haft en lav indkomst, men som kun i begrænset grad viste tegn på social udsathed, og som ikke havde samme grad af materielle og sociale afsavn. Denne undersøgelse illustrerede således vigtigheden af den multidimensionelle tilgang, idet resultaterne viste, at der for den førstnævnte gruppe var en høj grad af sammenhæng mellem social udsathed, eksklusion fra arbejdsmarkedet, langvarig økonomisk fattigdom og materielle og sociale afsavn.

En lignende multidimensionel tilgang i forståelsen af fattigdom og afsavn har været anvendt i en undersøgelse af konsekvenserne af de laveste sociale ydelser, der blev foretaget på foranledning af Rådet for Socialt Udsatte af en forskergruppe under Sociologisk Institut ved Københavns Universitet i samarbejde med bl.a. CASA (Müller m.fl., 2015). Denne undersøgelse viste, at omfanget af materielle og sociale afsavn var højere blandt personer på de nedsatte sociale ydelser end blandt øvrige overførselsindkomstmodtagere, samtidig med at disse borgere også ofte var ramt af andre alvorlige sociale og helbredsmæssige problemer.

Den multidimensionelle forståelse af den sociale udsathed lå også til grund for *Fællesskabsmålingen* (Benjaminsen, Andrade & Enemark, 2017). Denne undersøgelse var, ligesom *Fattigdom og afsavn*, baseret på en spørgeskemaundersøgelse, der havde fokus på at afdække, hvor stor en del af befolkningen der viste tegn på eksklusion fra samfundets fællesskaber, og på at forstå betydningen af samspillet mellem sociale og helbredsmæssige problemer på tværs af forskellige livsdimensioner. Undersøgelsen viste, at befolkningen kunne inddeles i tre grupper. Den største gruppe på 78 pct. af befolkningen, som vi benævnte "majoriteten", havde generelt en høj livskvalitet og kun få sociale og helbredsmæssige problemer. Den resterende del af befolkningen fordelte sig på to grupper, der i større eller mindre grad havde forskellige sociale og helbredsmæssige problemer. De 18 pct. af befolkningen ("risikogruppen") var kendetegnet ved at have sociale og/eller helbredsmæssige problemer på nogle områder af livet, men dog ikke i samme omfang som den sidste gruppe, nemlig de 4 pct. af befolkningen ("de socialt udsatte"), der var kendetegnet ved omfattende sociale og helbredsmæssige problemer på tværs af mange forskellige områder af livet. Derved viste *Fællesskabsmålingen*, at social udsathed og eksklusion ikke kan forstås som en modsætning mellem udsathed og ikke-udsathed eller mellem eksklusion og ikke-eksklusion. I stedet er der snarere tale om et kontinuum fra at have ingen/få sociale og helbredsmæssige problemer til at have mange og komplekse problemer, hvor der imellem disse to yderpoler er en betydelig gruppe, der har større eller mindre udfordringer på forskellige livsområder, men dog ikke på de fleste områder.

Fællesskabsmålingens analyser viste, at der i gruppen af socialt udsatte borgere med komplekse problemer var en høj andel med psykiske lidelser og med symptomer på depressivitet, ligesom mange også havde fysiske helbredsproblemer. Der var en høj andel, der stod uden for arbejdsmarkedet, ligesom mange havde alvorlige økonomiske afsavn, fx vanskeligt ved at have råd til at spise tre måltider om dagen og svært ved at betale de faste udgifter. I spørgeskemaet var der også spørgsmål om den følelsesmæssige oplevelse af livssituationen, og disse indikatorer viste, at der var en høj andel i gruppen af socialt udsatte, der oplevede at blive holdt udenfor i samfundet eller følte, at andre så ned på dem pga. deres jobsituation og indkomst.

Fællesskabsmålingen afdækkede også de forskellige gruppers brug af både velfærdssystemets og civilsamfundets indsatser, og om borgerne oplevede at få den hjælp, de havde behov for. Her viste resultaterne, at en del af borgerne i både risikogruppen og udsattegruppen gjorde brug af en række forskellige indsatser i velfærdssystemet, men at borgerne i risikogruppen i højere grad oplevede at få den hjælp, som de havde behov for, mens der i udsattegruppen var en højere andel, der ikke oplevede at få den fornødne hjælp. Der var en lavere grad af brug af civilsamfundets aktiviteter og indsatser i udsattegruppen end i risikogruppen. Undersøgelsens resultater indikerede dermed, at netop borgerne med de mest komplekse sociale og helbredsmæssige problemer har vanskeligere ved at få den hjælp, de har behov for, hvilket kan hænge sammen med, at de sociale og behandlingsmæssige tilbud ikke i tilstrækkelig grad er i stand til at imødekomme den høje grad af kompleksitet i disse borgeres støttebehov.

I denne rapport bygger vi videre på resultaterne fra *Fællesskabsmålingen* ved at undersøge, om der er forskelle i de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet, afhængigt af den kompleksitet, vi kan iagttage i udsatheden. En forskel er dog, at indeværende undersøgelse er baseret på registerdata, og at vi således ikke har samme grad af detaljerede spørgsmål om udsathedens karakter til rådighed, som man kan have gennem spørgeskemadata. Til gengæld kan man ved at anvende registerdata foretage en analyse, der dækker hele befolkningen, ligesom vi også gennem brugen af registerdata kan afdække de forskellige gruppers faktiske brug af velfærdssystemets indsatser på en række områder. Med udgangspunkt i resultaterne fra de tidligere undersøgelser benytter vi registerdataene til at identificere et kontinuum af grupper med en større og mindre grad af kompleksitet i udsatheden, ligesom vi benytter registerdata til at identificere, hvad der kendetegner disse gruppers brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser.

2.3 Barrierer for socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet

På grund af de komplekse sociale og helbredsmæssige problemer har de socialt udsatte borgere i høj grad behov for støtte og hjælp fra både velfærdssystemets og civilsamfundets tilbud. Mange undersøgelser har imidlertid dokumenteret, at der ofte er betydelige udfordringer forbundet med at give en tilstrækkeligt helhedsorienteret indsats til disse borgere, herunder ikke mindst, at det kan være vanskeligt at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af forskellige indsatsområder.

På stofmisbrugsområdet viste en større undersøgelse af den sociale stofmisbrugsbehandling, at særligt midaldrende og ældre misbrugere af hårde stoffer (og navnlig opiatmisbrugere) ofte fik en behandling af lav intensitet med få behandlingssamtaler. Da mange af stofmisbrugerne i denne gruppe samtidig havde alvorlige psykosociale og helbredsmæssige problemer, havde de svært ved at følge regelmæssig behandling på et misbrugsbehandlingscenter (Benjaminsen m.fl., 2009). Brugerundersøgelser af socialt udsatte borgeres brug af både alkoholbehandling og stofmisbrugsbehandling har tilsvarende vist, at det er de mest udsatte blandt alkohol- og stofmisbrugerne, som har sværest ved at benytte det eksisterende behandlingssystems tilbud, herunder, at det var van-

skeligt for de mest udsatte misbrugere at følge regelmæssig behandling på et misbrugsbehandlingscenter. Samtidig oplever mange af de mest udsatte alkohol- og stofmisbrugere, at de ikke får en tilstrækkelig social støtte og hjælp i hverdagen, hvilket yderligere medvirker til, at det er vanskeligt at følge et behandlingsforløb (Andersen m.fl., 2016; Kohl m.fl., 2016).

Gruppen af misbrugere med psykiske lidelser har i en del undersøgelser været fremhævet som en gruppe, der i særlig grad har vanskeligt ved at få den fornødne hjælp i de eksisterende behandlingssystemer, hvor navnlig samspillet mellem det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet er en udfordring (Becker & Barfod, 2009; Benjaminsen m.fl., 2009; Socialt Udviklingscenter, 2011). En del borgere med psykiske lidelser udvikler et misbrugsproblem som en form for selvmedicinering for at dulme symptomerne ved den psykiske lidelse. Samtidig kan et massivt misbrug i sig selv være med til at udløse eller forværre psykiske lidelser som fx en stofpsykose eller en depression. I behandlingssystemerne udgør denne dobbeltproblematik imidlertid ofte en barriere for at få den fornødne behandling. I det psykiatriske behandlingssystem kan misbrugsproblematikken betyde, at borgeren ikke får foretaget en psykiatrisk udredning, fordi misbruket vurderes at forstyrre symptombilledet så meget, at det ikke er muligt at stille en præcis diagnose. Ligeledes kan et kaotisk misbrug medføre, at borgeren ikke tilbydes eller kan følge samme behandlingsforløb (fx ambulante tilbud) som psykiatriske patienter uden misbrug. Sværhedsgraden og kompleksiteten af udsathedens blandt de psykisk syge misbrugere indebærer derfor bl.a. en risiko for hyppige genindlæggelser i psykiatrien. I misbrugsbehandlingen er der omvendt ikke nødvendigvis det fornødne kendskab til de komplekse symptomer og tanke- og handlemønstre, der følger med den samtidige forekomst af en psykisk lidelse og et misbrugsproblem, og ligesom det kan være vanskeligt for de psykisk syge misbrugere at følge behandling i det psykiatriske system, kan det også være vanskeligt at følge en regelmæssig behandling i misbrugsbehandlingssystemet. På den måde har de psykisk syge misbrugere ofte vanskeligt ved at få den fornødne behandling, både i det psykiatriske behandlingssystem og i misbrugsbehandlingen.

På hjemløseområdet er der dokumenteret en stigning i hjemløsheden hen over den periode på 10 år, hvor de landsdækkende kortlægninger af hjemløshed er blevet gennemført. Mens der i "tælleugen" i 2009 blev registreret ca. 5.000 hjemløse borgere, blev der registreret ca. 6.600 hjemløse borgere ved den seneste kortlægning i 2017 (Benjaminsen, 2017). Denne stigning har været særligt kraftig i landets største byområder (navnlig i Aarhus og en række københavnske omegnskommuner), men ved de seneste kortlægninger er der også tegn på en stigende hjemløshed i en del mindre og mellemstore byer. Evalueringer på hjemløseområdet har samtidig givet en mere detaljeret viden om faktorer bag hjemløsheden lokalt i en række kommuner (Benjaminsen, Dyrby, Ene-mark m.fl., 2017; Rambøll & SFI, 2013). Disse undersøgelser peger på, at den stigende hjemløshed skal forstås i et samspil mellem individuelle sårbarheder som psykiske lidelser og misbrugsproblemer samt faktorer af samfundsmæssig karakter, hvor en stigende mangel på billige lejeboliger ikke blot i landets storbyer, men efterhånden også i en række mindre og mellemstore byer, rammer socialt udsatte borgere særlig hårdt og resulterer i, at flere udsatte borgere i kortere eller længere perioder befinder sig i en hjemløshedssituation. Ikke mindst har der været en stigende hjemløshed blandt udsatte unge. Mange af de hjemløse unge har psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer (navnlig hashmisbrug), og for de udsatte unge forstærkes den sociale marginalisering i særligt høj grad af ugunstige strukturelle faktorer, hvor den stigende boligmangel spiller sammen med de forholdsvis lave sociale ydelser til de udsatte unge, hvoraf hovedparten er på kontanthjælp. Kortlægningerne af hjemløshed viser, at hjemløsheden i høj grad rammer borgere med psykiske lidelser eller misbrugsproblemer, idet ca. 4 ud af 5 hjemløse borgere enten har en psykisk lidelse, misbrugsproblemer eller begge dele. Det er ca. hver tredje hjemløs borger, der både har en psykisk lidelse og et misbrugsproblem (Benjaminsen, 2017).

Undersøgelsens kvalitative del (Mik-Meyer, 2018) tegner generelt et billede af, at indsatsen for de udsatte borgere med de mest komplekse problemer – som de hjemløse misbrugere med psykiske lidelser – ofte er fragmenteret med et fravær af integrerede indsatser og en mangel på tilstrækkelig koordination. For disse borgere spiller en høj grad af kompleksitet i borgersagerne sammen med en høj grad af specialisering og siloopdeling i velfærdssystemets indsatser, både indbyrdes mellem forskellige støtte- og behandlingstilbud, mellem forskellige dele af det kommunale velfærdssystem og mellem det kommunale og det regionale system. Ofte kan forskellige lovgivningsmæssige områder modarbejde hinanden, som fx når det sociale systems støttetilbud og beskæftigelsessystemets krav og sanktioner trækker hver deres vej. Mik-Meyer (2018, s. 56-58) peger også på, at driftsøkonomiske hensyn i kommunerne kan stå i vejen for den sociale indsats, som når mere intensive støttetilbud ikke bevilges af kommunernes myndighedsafdelinger, og hvor de vurderinger af borgerens støttebehov, der er foretaget af medarbejderne på de sociale tilbud, der har den primære kontakt med borgeren, i nogle tilfælde tilsidesættes.

Udfordringerne ved at tilvejebringe en sammenhængende indsats for de mest udsatte grupper tegner sig også i andre danske og udenlandske studier. Eksempelvis viste en brugerundersøgelse i Danmark på herberger (§ 110-boformer) for hjemløse i 2015, at mens 68 pct. af brugerne mindst én gang havde oplevet at blive sat ud af deres bolig, var det 60 pct. af alle de adspurgte, der rapporterede, at de ikke modtog nogen social støtte, sidst de boede i egen bolig (Benjaminsen m.fl., 2015b). I andre typer af velfærdssystemer som i USA har undersøgelser ligeledes påvist problemer med fragmenterede og utilstrækkeligt koordinerede indsatser for de mest udsatte. Sammenlignet med Danmark forstærkes problemet med fragmenterede og ukoordinerede indsatser af, at den offentlige velfærdsindsats er væsentligt svagere i USA, og at en betydelig del af den sociale indsats i USA i stedet varetages af mange forskellige private og frivillige organisationer (se fx Karper m.fl., 2008).

Mens der således kan være store udfordringer med at skabe sammenhængende og koordinerede indsatser for de udsatte borgere, peger eksisterende undersøgelser inden for specifikke sektorer allerede på, at der er et betydeligt merforbrug af ydelser forbundet med den sociale udsathed. Det gælder ikke mindst på sundhedsområdet.

Undersøgelser har generelt vist, at socialt udsatte borgere har en markant højere forekomst af fysiske helbredsproblemer, sammenlignet med almenbefolkningen. I Danmark har spørgeskemaundersøgelserne af sundhed, sygelighed og trivsel blandt socialt udsatte, *SUSY UDSAT 2007 og 2012*, fra Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, dokumenteret en markant højere sygelighed på en række indikatorer og et væsentligt dårligere selv vurderet helbred blandt socialt udsatte borgere end i den øvrige befolkning. Disse undersøgelser viser også en tydelig sammenhæng mellem kompleksiteten af udsatheden og forekomsten af fysiske helbredsproblemer, idet der for hovedparten af sygelighedsindikatorerne er en højere andel med disse sygdomme, når der samtidig er et stigende antal belastende livsomstændigheder, hvor der ses på betydningen af psykiske lidelser, alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed og økonomisk fattigdom (Pedersen m.fl., 2008; 2012). I SFI's undersøgelse af *Hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundhedsydelser* er der på tilsvarende vis dokumenteret en markant højere forekomst af en række fysiske sygdomme blandt tidligere brugere af herberger for hjemløse (§ 110-boformer) end i den øvrige befolkning (Benjaminsen m.fl., 2013).

Disse resultater omkring den højere sygelighed i de udsatte grupper ligger generelt på linje med viden fra den internationale forskningslitteratur. Eksempelvis viser et nyligt stort internationalt studie, at de fleste psykiske lidelser øger risikoen for en række kroniske fysiske sygdomme, også når der tages højde for mellemliggende livsstils- og risikofaktorer, som at borgere med psykiske lidel-

ser har en større risiko for overvægt og rygning end den øvrige befolkning (Scott, m.fl., 2017). I Sverige har registerbaserede studier på tilsvarende vis som i Danmark dokumenteret en væsentligt højere sygelighed blandt tidligere hjemløse borgere, sammenlignet med den øvrige befolkning (Beijer & Andréasson, 2009; Beijer, Bruce & Burström, 2016).

Undersøgelser har også dokumenteret et højere omfang i brugen af en række sundhedsydelser i de udsatte grupper. Således viste efterfølgende registeranalyser af godt 1.000 svarpersoner i den første SUSY UDSAT-undersøgelse et markant højere antal hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg blandt de udsatte borgere, der var registreret i undersøgelsen, sammenlignet med den øvrige befolkning, ligesom der også var en overhyppighed i antallet af kontakter med almen læge og i antallet af ambulante besøg (Juel m.fl., 2010). SFI's undersøgelse af *Hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundhedsydelser* dokumenterede ligeledes en betydelig overhyppighed i tidligere hjemløse borgeres brug af de tilsvarende ydelser i sundhedsvæsenet. Kun for tandlægebesøg og brugen af speciallæger var der en lavere forekomst end i den øvrige befolkning, hvilket primært kan tilskrives barrierer for brugen af disse specialiserede ydelser (Benjaminsen m.fl., 2013).

Forskningslitteraturen tegner således et billede af, at der er betydelige barrierer og udfordringer for de udsatte borgeres brug af velfærdssystemet, samtidig med at de udsatte grupper på en række områder benytter en række indsatser og ydelser væsentligt mere end den øvrige befolkning. I rapportens analyser er det formålet at tegne et samlet billede af brugen af en række indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige områder, således både i det sociale system, på sundhedsområdet, i retsvæsenet og på beskæftigelsesområdet. Samtidig er det formålet at relatere denne analyse til forståelsen af udsathedens multidimensionalitet og kompleksitet, således at vi også afdækker, hvilken variation i brugen af indsatser og ydelser der kan identificeres afhængigt af profilen og kompleksiteten af udsathed. Man kan i den sammenhæng ikke på alle områder konkludere, om en høj eller lav brug af ydelser er entydigt godt eller dårligt. Mens en høj hyppighed af skadestuebesøg eller fængselsophold helt umiddelbart er udtryk for vanskeligheder i borgerens liv, kan der være andre områder, hvor et højt forbrug af ydelser netop kan være udtryk for, at borgeren får den hjælp, som han eller hun har behov for. Det gælder typisk for en række af de sociale ydelser som socialpædagogisk støtte i eget hjem eller aktivitets- og samværstilbud. Ikke mindst må brugen af de forskellige indsatser ses i sammenhæng med hinanden og på tværs af de enkelte indsatsområder. Her kan det samlede mønster være med til at aftegne potentialerne for at styrke og forbedre indsatserne, herunder også set i lyset af de økonomiske analyser, der er med til at synliggøre de samlede omkostninger for velfærdssystemet, der er forbundet med den sociale udsathed. I de to sidste afsnit i dette kapitel vil vi derfor dels se nærmere på tidligere forskning i de økonomiske aspekter af den sociale udsathed, dels inddrage viden om nyere indsatser, der har et lovende potentiale for at kunne være med til at skabe en mere sammenhængende indsats for socialt udsatte borgere.

2.4 De økonomiske aspekter af udsathed for samfundet

Samtidig med at udsathed har store personlige omkostninger for den enkelte borger, har den også væsentlige samfundsmæssige konsekvenser. Den sociale udsathed og social eksklusion kan være med til at svække den samlede sociale sammenhængskraft i samfundet (Larsen & Mortensen, 2009). Samtidig indebærer udsathed betydelige samfundsmæssige omkostninger. For den overordnede samfundsøkonomi er omkostningerne først og fremmest de direkte udgifter til indsatser for de udsatte grupper og de tabte arbejdsindkomster som følge af, at mange udsatte borgere også er uden for arbejdsmarkedet.

I denne rapport er valgt et lidt snævrere fokus, nemlig på de direkte økonomiske omkostninger for det offentlige, der er forbundet med udsatheden, hvilket er udgifter til indsatser og ydelser for de udsatte grupper. I rapportens økonomiske analyser undersøger vi de udgifter til indsatser og ydelser, der kan belyses gennem registeroplysninger om brugen af disse indsatser for den enkelte borger. Det vil i praksis sige, at analyserne omhandler indsatser, der langt overvejende ydes gennem det offentlige velfærdssystem eller på anden måde finansieres af offentlige midler (fx gennem en driftsoverenskomst med private tilbud eller gennem takstbaserede ydelser). Der vil således også være udgifter til indsatser for udsatte borgere, der ikke indgår i rapportens opgørelser, hvilket fx vil være udgifter til forskellige tilbud og indsatser, der ydes gennem civilsamfundet, som fx en del væresteder og rådgivningstilbud.

Vi medregner generelt ikke de potentielle indtægter for det offentlige eller for samfundet, der ville følge med, såfremt udsatte borgere i højere grad kom i beskæftigelse. Vi inddrager dog et perspektiv på beskæftigelsesdimensionen i rapportens kapitel 7, hvor vi tager højde for, at der i nogle af de analysegrupper, som vi ser på (fx gruppen med moderate psykiske lidelser), er en del, der er i beskæftigelse, og hvor der for dem i beskæftigelse både er sparede udgifter til overførselsindkomst og skatteindtægter fra disse borgeres indkomst. Ligeledes viser disse analyser, at hovedparten af udgifterne til både sociale og sundhedsmæssige indsatser i rapportens analysegrupper er koncentreret blandt dem, der ikke er i beskæftigelse.

I rapportens analyser sammenligner vi også forbruget af indsatser og ydelser i de udsatte grupper med den øvrige befolkning, det vil sige de borgere, som ikke tilhører de udsatte grupper. Der er også for den øvrige befolkning et forbrug af ydelser på en række af de områder, vi inddrager i analyserne, som fx på sundhedsområdet eller udgifter til overførselsindkomst pga. arbejdsløshed. Når man sammenholder udgifterne til udsatte borgere med sociale og helbredsmæssige problemer med borgere i den øvrige befolkning, der ikke har tilsvarende problemer, er det imidlertid ikke et særligt realistisk perspektiv at konkludere, hvad samfundet samlet set kunne spare, hvis den sociale udsathed ikke eksisterede. Der vil fx altid være borgere, der udvikler psykiske lidelser og andre sociale og helbredsmæssige problemer, og der vil være brug for indsatser for disse grupper. Formålet med rapportens analyser af brugen af indsatser og de økonomiske udgifter, der er forbundet hermed, er således først og fremmest at tilvejebringe et samlet overblik over brugen af en række indsatser og af de medfølgende udgifter på tværs af forskellige af velfærdsstatens sektorer for de udsatte borgere og for borgere med forskellige grader af kompleksitet i udsatheden. Derved bidrager undersøgelsen med en detaljeret viden om brugen af indsatser og ydelser i de udsatte grupper og om de tilhørende udgiftsstrukturer, set for velfærdssystemet som helhed, hvilket er en viden, der kan indgå som grundlag for overvejelser om, hvor der kan være potentialer for styrkede indsatser og sociale investeringer på forskellige områder og for forskellige grupper.

Der er kun få andre undersøgelser og analyser, der har haft til formål at tilvejebringe et lignende perspektiv på de økonomiske omkostninger, der er forbundet med den sociale udsathed for velfærdssystemet som helhed. En væsentlig inspiration for vores undersøgelse har været *Udenforskabets pris*, der er udarbejdet af forskere på CEBR (Centre for Economic and Business Research) på Copenhagen Business School (CBS). I *Udenforskabets pris* benyttes, ligesom i vores undersøgelse, registeroplysninger til at afgrænse forskellige grupper, som antages at være uden for i samfundet, og der foretages beregninger af disse gruppers brug af indsatser og ydelser og udgifterne, der er forbundet hermed. I undersøgelsen ses der på grupper, som er identificeret ud fra, om de enten er stofmisbrugere, personer, der har været anbragt uden for hjemmet som børn, personer med psykiske lidelser, personer med udvalgte livsstilssygdomme (KOL, hjerte-kar-sygdomme samt diabetes) eller personer på langvarig offentlig forsørgelse. Der benyttes i analyserne forskellige kombinationer på tværs af disse indikatorer til at afgrænse forskellige grupper,

som fx personer med psykiske lidelser, som er på langvarig offentlig forsørgelse. På den baggrund afgrænses der i alt ca. 542.000 personer, som ud fra disse indikatorer er i "socialt udenforskab". Det konkluderes ud fra analyserne, at "udenforskabet" for disse grupper er forbundet med netto-udgifter for den offentlige sektor på 34,7 mia. kr. i 2012, svarende til 63.900 kr. pr. person. Samtidig foretages der en beregning på de potentielt mistede skatteindtægter, såfremt alle personer i den samlede gruppe i stedet befandt sig i en sammenligningsgruppe, der udgøres af personer med en indkomst under medianindkomsten (fratrasket grupperne i udenforskab), og hvis højest fuldførte uddannelse er en faglært eller kort videregående uddannelse, samt undtaget gruppen af studerende. Derved er sammenligningen baseret på et "alternativ til, hvor personerne i udenforskab ville have kunnet være, hvis de ikke var endt i udenforskab" (CEBR, 2015, s. 3). Opgørelserne viser, at i så tilfælde ville nettoindtægterne (skatter fraregnet udgifter) i stedet beløbe sig til 10,4 mia. i 2012, og det konkluderes på den baggrund, at den samlede potentielle økonomiske gevinst ved at mindske udenforskabet i Danmark er på 45,1 mia. kr. i 2012 (CEBR, 2015, s. 20).

Der er mange ligheder mellem vores analyser og analyserne i *Udenforskabets pris*. Vi benytter ligeledes registerbaserede indikatorer og oplysninger til at afgrænse forskellige analysegrupper og beregne de samlede udgifter til indsatser og ydelser for disse grupper. En væsentlig forskel er dog, at de grupper, vi afgrænser i vores undersøgelse, tilsammen kun udgør en ca. halvt så stor gruppe som analysegrupperne i *Udenforskabets pris*. Imidlertid er der for grupperne i vores analyse nettoudgifter for et beløb af nogenlunde samme størrelsesorden, nemlig i alt ca. 40 mia. kr. Det skyldes formentlig, at vores afgrænsning i højere grad indfanger borgere, som man sædvanligvis forstår som socialt udsatte borgere (borgere med komplekse sociale og helbredsmæssige problemer), samt fx grupper af personer med moderate psykiske lidelser eller alkoholmisbrug, der ikke har samme høje kompleksitet i udsathed. Derimod indeholder vores afgrænsning af de udsatte grupper ikke den bredere gruppe af personer med livsstilssygdomme, der indgår i *Udenforskabets pris*, ligesom vi ikke inkluderer alle dem, der langvarigt er uden for arbejdsmarkedet, men kun dem, der samtidig har tegn på udsathed, målt på undersøgelsens indikatorer. Endelig indeholder vores afgrænsning ikke hele gruppen af tidligere anbragte, men kun dem, der i voksenlivet har tegn på udsathed, målt på de indikatorer, som vores afgrænsning er baseret på. Forskellen indebærer samtidig, at vi finder væsentligt højere gennemsnitlige nettoudgifter pr. borger på mere end 140.000 kr. pr. borger i de udsatte grupper, hvilket er over det dobbelte af de gennemsnitlige udgifter for analysegrupperne i *Udenforskabets pris*.

Et andet perspektiv på de økonomiske aspekter af udsathed finder vi i den socialøkonomiske investeringsmodel (SØM), der blev offentliggjort i starten af 2018 (Jacobsen m.fl., 2018). SØM-modellen er en beregningsmodel, der estimerer de offentlige omkostninger og gevinster ved sociale indsatser, baseret på den tilgængelige viden fra både ind- og udland om effekterne af sociale indsatser og på registerbaserede estimater over udgifter over tid for en række målgrupper og relevante sammenligningsgrupper. Modellens målgrupper inkluderer både udsatte voksne og voksne med handicap og er opdelt på en række undermålgrupper. Blandt de udsatte voksne indgår bl.a. hjemløse, mennesker med psykiske vanskeligheder, mennesker med stofmisbrug, mennesker med alkoholmisbrug og mennesker med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug. Der er således et betydeligt overlap til de fleste af de analysegrupper, som vi anvender i denne rapport's analyser. Ligesom de analyser, som vi foretager i denne rapport, tager SØM-modellen højde for, at udsatte borgere anvender indsatser og ydelser på mange forskellige områder af velfærdssystemet. Hvor analyserne i vores undersøgelse tegner et samlet billede af de samfundsmæssige omkostninger ved udsathed i form af udgifterne på tværs af velfærdssystemets sektorer og områder, giver SØM-modellen mulighed for at estimere de potentielle gevinster for samfundet ved at iværksætte konkrete indsatser for udsatte borgere, idet SØM-modellen beregner, hvordan effekterne af en bestemt indsats kan medføre færre udgifter til indsatser på andre områder i velfærds-

systemet. I den forbindelse kan analyserne i vores rapport og SØM-modellen supplere hinanden. Da vores rapport indeholder en analyse af brugen af indsatser på tværs af en række områder (kapitel 5), kan disse analyser være med til at identificere både områder, hvor der kan være potentiale for at styrke indsatsen, fx dér, hvor der er en lav dækningsgrad med bestemte ydelser (fx visse sociale støtteindsatser), og områder, hvor der omvendt er et højt forbrug af ydelser (fx indlæggelser og fængselsophold), hvor der er et potentiale for forebyggelse. I den forbindelse kan SØM-modellen bidrage med estimater af, hvilke gevinster der kan forventes ved at iværksætte konkrete indsatser på de forskellige områder, herunder nye typer af indsatser, der kan give en mere sammenhængende indsats for borgeren.

2.5 Nye specialiserede indsatser for socialt udsatte borgere

Samtidig med at der fortsat er betydelige barrierer og udfordringer med at tilvejebringe sammenhængende indsatser for de udsatte grupper, har der på det sociale område gennem de senere år været adskillige eksempler på udviklingen af nye specialiserede indsatsmetoder, der giver bedre mulighed for at tilvejebringe en mere sammenhængende og helhedsorienteret indsats for den enkelte borger.

Der er sket en betydelig udvikling inden for de specialiserede, individuelle indsatser i form af en vifte af systematiske og evidensbaserede indsatsmetoder. Denne udvikling har vi bl.a. set på hjemløseområdet med tilgangen Housing First og de specialiserede sociale støttemetoder, som er udviklet i tilknytning til denne indsats. Housing First-tilgangen udfordrede den hidtil dominerende tilgang, hvor hjemløse borgere sjældent fik tilbudt en bolig, før "systemet" havde vurderet, at de var boligparate, hvilket i praksis betød, at den enkelte borger først skulle gennemgå behandlingsforløb og kunne vise, at et misbrug var ophørt eller væsentligt reduceret, før en boligløsning kunne komme på tale. Housing First-tilgangen har imidlertid udfordret denne trappetrinstilgang og peger på, at det er vanskeligt at opnå en forbedret psykisk tilstand eller et reduceret misbrug, så længe borgeren befinder sig i en akut hjemløshedssituation, og at man snarere allerede tidligt i et indsatsforløb skal tilbyde en permanent boligløsning og samtidig give en intensiv social støtte efter systematiske støttemetoder. I en dansk sammenhæng er Housing First-tilgangen afprøvet sammen med en udvikling af intensive og fleksible støttemetoder, der har fokus på at give borgeren en tæt social og praktisk støtte i hverdagen og samtidig understøtte borgerens brug af det øvrige velfærdssystem. Det er metoder som Critical Time Intervention (CTI) og Intensive Case Management (ICM), der begge er case management-baserede indsatser. Ligeledes er der metoden Assertive Community Treatment (ACT), der er baseret på et tværfagligt indsatsteam, der integrerer den socialpædagogiske indsats med psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling. Evalueringerne af disse indsatser har vist, at det med disse metoder er muligt for en høj andel af hjemløse borgere at komme i egen bolig og dermed ud af hjemløsheden (Benjaminsen, Dyrby, Enemark m.fl., 2017; Rambøll & SFI, 2013). En nylig undersøgelse har dog også vist, at det fortsat er en forholdsvis lav andel af de hjemløse borgere på landsplan, der får denne type af specialiserede indsatser (Benjaminsen & Enemark, 2017). Set på landsplan er det således kun ca. 7 pct. af de borgere, der over perioden fra 2009 til 2015 er registreret med ophold på landets herberger for hjemløse (§ 110-boformerne), der har været omfattet af disse højtspecialiserede indsatser, og der er således fortsat et betydeligt potentiale for at udbrede disse indsatser til en større del af målgruppen af hjemløse borgere med komplekse problemer.

Flere af disse nyere indsatsmetoder er endvidere afprøvet til andre målgrupper på udsatteområdet. Fx er CTI-indsatsen også afprøvet til borgere med prostitutionserfaring og borgere med psykiske lidelser, der flytter fra botilbud til eget hjem, eller som efter en indlæggelse har brug for bostøt-

te i eget hjem, ligesom indsatsen i øjeblikket også afprøves til kvinder på krisecentre og til socialt udsatte grønlændere. Eksempelvis viste en undersøgelse af brugen af CTI-metoden til borgere i prostitution, at en stor del af de borgere, der deltog i indsatsen, havde fået det bedre mentalt og oplevede en generelt forbedret livssituation (Dyrvig m.fl., 2017).

En anden nylig evaluering fulgte afprøvningen af ACT-indsatsen til en målgruppe af borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som ikke havde kunnet fastholde behandling og støtte fra de ordinære behandlings- og støttesystemer på sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet. Evalueringen af indsatsen viste bl.a., at deltagerne havde færre kontakter med det psykiatriske system end borgere med lignende problemer, der ikke deltog i indsatsen, og knap halvdelen af deltagerne følte sig efterfølgende mere parate til at kunne indgå i beskæftigelses- og uddannelsesrettede aktiviteter (Amilon m.fl., 2017). I den sammenhæng kan det fremhæves, at ACT-indsatsen er et eksempel på en *integreret* indsats derved, at der er tale om et tværfagligt støtte- og behandlingsteam, der inkluderer både en socialpædagogisk støtte, misbrugsbehandling, en sygeplejerske, en psykiater og en socialrådgiver. Her adskiller ACT-indsatsen sig fra case management-baserede indsatser, hvor en enkelt støttemedarbejder giver en social og koordinerende støtte. Med det tværfaglige indsatsteam bliver det muligt at give den enkelte udsatte borger en fleksibelt tilrettelagt indsats med udgangspunkt i borgerens konkrete støtte- og behandlingsbehov. Set i lyset af at gruppen af psykisk syge misbrugere udgør en væsentlig del blandt de udsatte borgere med de mest komplekse problemer, og at det som tidligere nævnt har været påvist i mange undersøgelser, at der er særlige udfordringer med at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet for denne gruppe, kan ACT-indsatsen fremhæves som en stærk indsats til denne målgruppe. Der er imidlertid endnu kun meget få af den slags tværfaglige indsatsteam til rådighed i indsatsen for socialt udsatte borgere i landets kommuner. Der har dog gennem de senere år været fokus på at udvikle andre og lignende integrerede tilbud til borgere med komplekse støttebehov og navnlig til gruppen af psykisk syge misbrugere (se fx Buch & Petersen, 2017; Deloitte & Socialstyrelsen, 2015).

Der er også nyere indsatser i grænsefeltet mellem beskæftigelsesområdet og det sociale område, som har vist lovende resultater. Det gælder særligt metoden "Individual Placement and Support" (IPS), der har vist gode resultater i forhold til at hjælpe borgere med psykiske lidelser i beskæftigelse (Burns m.fl., 2007; Rinaldi m.fl., 2008; Kinoshita m.fl., 2013). Ud fra denne indsats lægges der vægt på en hurtig jobplacering i et almindeligt job, samtidig med at der gives en individuel social støtte, der har fokus på at lære at håndtere hverdagen og udfordringerne på arbejdspladsen og samtidig give borgeren den fornødne psykosociale støtte og hjælp.

Når sådanne individuelt tilrettelagte støtteindsatser er interessante, set i denne rapports optik, hænger det sammen med, at der i analyserne er tegn på, at borgerne i de udsatte grupper, og i særlig grad de udsatte borgere med de mest komplekse problemer, bruger indsatser og ydelser i mange forskellige dele af velfærdssystemet, herunder også, at der er et omfattende forbrug af ydelser i sundhedsvæsenet og i retssystemet. Derved kan der rettes fokus mod, om det er muligt, gennem en mere håndholdt og individuelt tilrettelagt social indsats, at skabe mere sammenhæng i den samlede indsats og herunder forebygge nødvendigheden af indsatser og dertil hørende udgifter på andre indsatsområder. Rapportens analyser indeholder dog ikke estimer af de mulige økonomiske effekter af sådanne indsatser, da det kræver specifikke studier, hvor man følger borgere, der modtager sådanne indsatser. Derimod er det rapportens formål at afdække og synliggøre det samlede forbrug af indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer for derved at bidrage med et perspektiv på de potentielle muligheder og gevinster ved nye og bedre indsatser for de udsatte grupper.

Endelig udgør de individuelle indsatser blot den ene side af sagen, når det gælder de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet. Der er som tidligere nævnt også makrosociale, strukturelle forhold, der har indvirkning på de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet og på deres generelle livssituation. Det gælder ikke mindst udviklingen på arbejdsmarkedet og på boligområdet. I perioder med en faldende arbejdsløshed vil det alt andet lige blive lettere, også for nogle af de udsatte borgere, at finde fodfæste på arbejdsmarkedet, mens det omvendt vil være sværere at komme i beskæftigelse i perioder, hvor arbejdsløsheden stiger. Ligeledes påvirker forhold omkring den generelle boligsituation i særlig grad de udsatte grupper. Når boligmanglen stiger, som der er tegn på, at den gør i disse år, vil socialt udsatte borgere generelt være dem, der bliver hårdest ramt af sådanne ugunstige strukturelle forhold (Fitzpatrick, 2005). Sådanne strukturelle forhold kan også være med til at skabe et stigende behov for tilbud til udsatte borgere som fx dem, der akut befinder sig i en hjemløshedssituation, eller være med til at forstærke andre sociale og helbredsmæssige problemer som psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. På den måde må de udsatte borgeres brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser ses i et samlet hele, hvor forhold på forskellige indsatsområder, som fx på socialområdet og sundhedsområdet, gensidigt påvirker hinanden.

3 Metode og data

I dette kapitel beskriver vi, hvordan vi måler den sociale udsathed og de udsatte borgeres brug af velfærdssystemet. Vi gennemgår datagrundlaget for rapportens analyser og de metodiske overvejelser, der ligger bag operationaliseringen af de udsatte grupper og målingen af disse gruppers brug af velfærdssystemets indsatser. Vi beskriver også grundlaget for de økonomiske beregninger af udgifterne, der er forbundet med brugen af velfærdssystemet for de udsatte grupper.

3.1 Social udsathed, målt ud fra registerdata

Det empiriske grundlag for rapportens analyser består af registerdata for hele den danske befolkning. Vi anvender registerbaserede indikatorer til at måle social udsathed, ligesom vi anvender oplysninger fra dataregistrene om borgernes brug af velfærdssystemets indsatser.

Målingen af social udsathed og afgrænsningen af en række udsatte grupper tager udgangspunkt i den multidimensionelle forståelse af den sociale udsathed, som vi har gennemgået i rapportens teoridel (kapitel 2). Ifølge denne tilgang er social udsathed kendetegnet ved et komplekst samspil mellem sociale og helbredsmæssige problemer på forskellige livsdimensioner. Det er derfor vigtigt, at målingen af social udsathed indfanger samspillet mellem forskellige dimensioner af udsatheden. Samtidig kan man ikke opstille en fast afgrænsning af, hvornår der er tale om problemer af en tilstrækkelig høj kompleksitet til entydigt at skelne mellem at være socialt udsat og ikke-udsat. Der er snarere tale om et kontinuum fra at have sociale eller helbredsmæssige problemer på enkelte områder til at have en høj grad af kompleksitet i udsatheden.

Den type af data fra de centrale dataregistre, som man kan benytte til at måle aspekter af social udsathed, er fx oplysninger om psykiske lidelser og misbrugsproblemer, ligesom registrene også indeholder oplysninger om kronisk fysisk sygdom. Det er imidlertid ikke muligt ud fra registrene at inddrage alle de aspekter af sociale og helbredsmæssige problemer, der aftegner den sociale udsathed for den enkelte borger, ligesom registerdataene ikke indeholder oplysninger om borgernes subjektive oplevelse af de pågældende forhold. Fx er det ikke muligt, ud fra registerdata, at måle, om borgeren har et svagt socialt netværk og oplever social isolation. Registerdata adskiller sig derved fra den type af data, som man kan indsamle gennem et spørgeskema, hvor man kan spørge til mange forskellige aspekter af individets aktuelle livssituation. Fordelen ved at benytte de centrale dataregistre er imidlertid, at det derved er muligt at inddrage hele befolkningen i analyserne, ligesom der er tale om data, der er opgjort ens for alle individerne. Samtidig indeholder registrene oplysninger om borgernes faktiske brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser.

I rapportens afgrænsning af undersøgelsens analysepopulation tager vi udgangspunkt i den samlede gruppe af borgere, der er blevet registreret med en psykisk lidelse, med et misbrugsproblem eller som brugere af botilbud for hjemløse (servicelovens § 110) over en 5-årig periode fra 2010 til 2014. Vi sonderer i den forbindelse mellem fem indikatorer, der hver især beskriver forskellige aspekter, der kan være med til at aftegne den sociale udsathed. Disse fem indikatorer er:

- moderate psykiske lidelser
- svære psykiske lidelser
- alkoholmisbrug
- stofmisbrug
- hjemløshed.

Den samlede gruppe af personer, der er registreret på mindst én af disse indikatorer over den 5-årige periode, er en forholdsvis bred gruppe af personer, hvor ikke alle personer nødvendigvis tilhører den gruppe, som vi almindeligvis vil karakterisere som socialt udsatte. Det er fx langt fra alle borgere med en psykisk lidelse eller et alkoholproblem, der har de komplekse sociale og helbredsmæssige problemer, som vi sædvanligvis forbinder med social udsathed. I rapportens analyser inkluderer vi imidlertid alle personer, der er registreret på en af fem ovennævnte indikatorer i løbet af den 5-årige periode. Vi benytter samspillet mellem indikatorerne til at foretage en nærmere analytisk afgrænsning af otte analysegrupper, hvoraf nogle af grupperne har en høj grad af kompleksitet i udsatheden, mens de øvrige grupper udgøres af de personer, der er registreret på mindst en af de fem indikatorer, men som ikke har en sådan høj grad af kompleksitet i udsatheden, målt ud fra samspillet mellem indikatorerne.

For bedre at kunne skelne mellem en høj og en lav grad af kompleksitet i udsatheden inddrager vi, ud over de fem indikatorer, også to yderligere indikatorer, nemlig om personen inden for samme 5-årsperiode (fra 2010 til 2014):

- har fået en ubetinget fængselsdom
- er blevet registreret med udvalgte kroniske fysiske sygdomme, der som oftest rammer personer med alvorlige misbrugsproblemer.

Disse to yderligere indikatorer benytter vi som tegn på en yderligere kompleksitet i udsatheden i form af, om der er kriminalitetsproblemer eller om der er alvorlige fysiske helbredsproblemer knyttet til udsatheden. Vi benytter således alle de syv indikatorer (moderat psykisk lidelse, svær psykisk lidelse, alkoholmisbrug, stofmisbrug, hjemløshed, ubetinget fængselsdom og misbrugsrelateret fysisk sygdom) til at skelne mellem otte forskellige grupper, der er kendetegnet ved en forskellig grad af kompleksitet i deres sociale og helbredsmæssige problemer. Vi inddrager dog ikke alle personer, der er registreret med en fængselsdom eller de pågældende fysiske helbredsproblemer i analyserne, men kun dem, der samtidig er registreret med enten psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller hjemløshed. Det hænger sammen med, at man kan have fået en fængselsdom, uden at der er tale om social udsathed på den måde, som vi forstår begrebet i denne sammenhæng, ligesom de pågældende fysiske sygdomme (fx HIV og hepatitis) også kan ramme andre grupper.

De otte grupper aftegner samlet set et kontinuum fra en høj grad af kompleksitet til en lav grad af kompleksitet blandt dem, der er registreret med enten psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller hjemløshed inden for den 5-årige periode. Blandt grupperne med en høj grad af kompleksitet finder vi eksempelvis en gruppe af psykisk syge misbrugere, der samtidig er registreret med enten hjemløshed, fængselsophold eller en misbrugsrelateret fysisk lidelse i løbet af perioden. Vi finder også en gruppe af øvrige misbrugere (uden en psykiatrisk diagnose), som samtidig også har været registreret med enten hjemløshed, fængselsophold eller en misbrugsrelateret fysisk lidelse. Disse to grupper er dem, som vi i rapporten refererer til som de udsatte grupper med komplekse problemer. Derudover indgår seks øvrige grupper, der, målt ud fra de syv indikatorer, ikke har samme høje grad af kompleksitet i udsatheden som de to komplekse grupper. Eksempelvis indgår der en gruppe af personer, der udelukkende er registreret med en moderat psykisk lidelse uden at være registreret på nogle af de øvrige indikatorer.

Ved identifikationen af grupperne ud fra registerdataene skal vi være opmærksomme på, at registeroplysningerne ikke viser, hvad der mere specifikt kendetegner individets aktuelle livssituation. På den måde skal de otte grupper ses som analytiske grupper, der giver mulighed for at skelne mellem individer med de mest komplekse problemer, og individer, der ikke har samme høje grad af kompleksitet, selvom de er registreret på en af indikatorerne. Derved dækker de otte grupper tilsammen et spænd fra det, vi almindeligvis forstår som *socialt udsatte individer* (en høj grad af

kompleksitet i de sociale og helbredsmæssige problemer), til det, vi snarere kan betegne som *individer, der tilhører en risikogruppe*, det vil sige individer, som fx har en psykisk lidelse eller et alkoholproblem, men som ikke er kendetegnede ved en kompleks udsathed. Af hensyn til den sproglige fremstilling vil vi i rapporten benævne alle de otte grupper som "de udsatte grupper", selvom der således er tale om et spænd i graden af udsathed. Den øvrige befolkning udgøres af de personer i befolkningen som helhed, der ikke indgår i nogen af de otte udsatte grupper. Den nærmere karakter af de otte udsatte grupper beskriver vi i kapitel 4, hvor vi sætter tal på og beskriver disse gruppers størrelse, set i forhold til den samlede befolkning.

3.2 Måling af udsathed over en 5-årig periode

De enkelte indikatorer, der benyttes i afgrænsningen af de udsatte grupper, er baseret på en måling over en periode på 5 år fra 2010 til 2014. Det vil sige, at vi for personer i befolkningen, udtrukket pr. 31. december 2014, opgør, om personerne er registreret på indikatorerne i løbet af de 5 år. Årsagen til, at vi opgør indikatorerne over en periode på 5 år, er, at data består af registreringer af fx psykiske lidelser og misbrugsproblemer fra forskellige registre, der kræver en kontakt med det sociale system eller sundhedssystemet. En måling over en kortere tidsperiode ville medføre en risiko for at underestimere omfanget af psykiske lidelser eller misbrugsproblemer, hvis borgeren ikke har været i kontakt med behandlingssystemet og dermed ikke optræder i de pågældende registre i løbet af det enkelte år. Ved at anvende en 5-årig måleperiode er der en bedre mulighed for at indfange forekomsten af de forskellige dimensioner af udsathed. En kort måleperiode vil særligt indebære en risiko for, at vi ikke ville indfange forekomsten af flere problemer for den enkelte borger. Det vil fx være tilfældet, hvis borgeren diagnosticeres med en psykisk lidelse i et bestemt år og derefter registreres som hjemløs året efter. Den 5-årige måleperiode giver med andre ord en bedre mulighed for at afdække multidimensionaliteten i udsathed, der er helt afgørende i forhold til at sondre mellem en større eller mindre grad af kompleksitet i udsathed.

Tilsvarende er der et hensyn til ikke at anvende en for lang måleperiode. Hvis vi anvendte en længere tidsperiode på fx 10 eller 20 år, ville vi omvendt risikere at kategorisere borgere som socialt udsatte, selvom en psykisk lidelse eller et stof- eller alkoholmisbrug lå længere tilbage i livet, og borgeren i mellemtiden har fået den fornødne hjælp og støtte til at komme videre i tilværelsen. Der vil dog uundgåeligt være en usikkerhed knyttet til afgrænsningstidspunktet, fx i det tilfælde, hvor borgeren er registreret på én indikator i det første år i måleperioden og på en anden indikator året før. Her vil borgeren kun optræde med en registrering på den første af de to faktorer. Tilsvarende kan der være borgere, der kun er registreret på indikatorerne i starten af måleperioden, men ikke siden da, og hvor der siden kan være indtruffet en forbedring i borgerens situation. I disse tilfælde udgør måleperioden på de 5 år en afvejning af at kunne indfange kompleksiteten af udsathed, men samtidig ikke at lade klassificeringen bero på problematikker, der optrådte langt tilbage i borgerens liv.

Ud over at gøre status over den sociale udsathed i den danske befolkning i 2014 anvender vi også to tidligere nedslagspunkter for at tegne et billede af udviklingen i udsathed gennem de senere år. Vi sammenligner således mønstre i den sociale udsathed i perioden 2010-2014 med perioderne 2005-2009 (befolkningen pr. 31. december 2009) og 2000-2004 (befolkningen pr. 31. december 2004). Når vi ikke går længere tilbage, skyldes det, at nogle af registrene på udsatteområdet er forholdsvis nye. Således blev Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB) oprettet i 1996, mens registreret over brugere af § 110-boformer (herberger for hjemløse) blev oprettet i 1999. Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB) er det nyeste af de registre, vi benytter, da dette register først er oprettet i 2006. Derved skal det tages i betragtning, at der ved opgørelsen af udviklin-

gen i omfanget af registreret alkoholmisbrug vil være en del af den stigning, vi kan måle over perioden, der kan tilskrives, at registreringen af borgere i alkoholbehandling påbegyndes.

Ved brugen af registerdata til at måle omfanget af psykiske lidelser, misbrugsproblemer mv. skal man endvidere være opmærksom på, at opgørelserne kun viser de psykiske problemer, som er blevet diagnosticeret i form af en psykisk lidelse, ligesom det kun er misbrugsproblemer, der er blevet diagnosticeret, og/eller som borgeren modtager behandling for, der indgår i opgørelserne. Der er her tale om data, som er baseret på borgernes interaktion med velfærds- og sundhedssystemet. For at opnå et så dækkende billede som muligt kombinerer vi forskellige datakilder, også for den enkelte indikator. Fx bruger vi oplysninger om stofmisbrug fra både registrene over stofmisbrugsbehandlingen, psykiatriske registre og fra registrene i det somatiske sundhedsvæsen. Alligevel vil der formentlig være et mørketal i form af borgere, der ikke har opsøgt hjælp eller på anden måde ikke er i kontakt med disse systemer. I afsnit 3.4 beskriver vi mere detaljeret de data, vi anvender for hver enkelt indikator.

3.3 Brug af velfærdsydelser, målt ud fra registerdata

I rapportens analyser undersøger vi de udsatte gruppers brug af velfærdssystemets indsatser og ydelser på tværs af en række forskellige indsatsområder, der samtidig dækker indsatser og ydelser, der gives af både kommuner, regioner og statslige institutioner. Oplysninger om brug af velfærdsydelser kommer fra en række dataregistre, som vi ligeledes beskriver nærmere i det efterfølgende dataafsnit. De kommunale ydelser inkluderer hjemmehjælp, hjemmesygepleje, beskæftigelsesindsatser samt sociale tilbud, givet efter serviceloven, såsom misbrugsbehandling, herbergsophold, botilbud, socialpædagogisk støtte og aktivitets- og samværsydelser. De regionale ydelser inkluderer brug af somatiske og psykiatriske sygehuse og læger samt tilskud til receptpligtig medicin. De statslige ydelser inkluderer retssager og fængselsophold. Endelig opgøres alle overførselsindkomster, der både finansieres kommunalt og statsligt.

Vi afgrænser analyserne til at inkludere en række indsatser og ydelser, som typisk kan relateres til de sociale problemer og helbredsproblemer, der aftegner den sociale udsathed. Dermed udelader vi nogle forskellige ydelser, som kun i begrænset grad relaterer sig til social udsathed og til borgernes sociale og helbreds-mæssige problemer, men snarere primært benyttes af den øvrige befolkning, eller som primært benyttes af andre målgrupper såsom borgere med handicap. Det gælder fx en række generelle ydelser i undervisningssystemet som fx de videregående uddannelser og voksenundervisning, herunder specialundervisning til voksne og sprogundervisning til indvandrere.

Der findes også en række indsatser, som det ikke er muligt at inddrage i analyserne, da der ikke findes registeroplysninger om brugen af disse ydelser, eller det ikke er muligt at koble disse oplysninger til konkrete borgere. Det har heller ikke været muligt for os at medtage udgifter til visse ydelser i ældreplejen, herunder plejehjem, da der ikke findes data af høj nok kvalitet i centrale registre. Samtidig er det heller ikke muligt at tage højde for en del af de indsatser, der tilbydes af de mange frivillige organisationer (NGO'er), der opererer inden for en lang række af velfærdsstatens sektorer, da brugen af disse indsatser ikke registreres og indberettes til de centrale registre. Det betyder, at rapportens analyser i praksis er afgrænset til de indsatser, som indberetter data til de centrale registre, hvilket primært gælder en række indsatser, der tilbydes gennem det offentlige velfærdssystem samt private tilbud, der er omfattet af samme indberetning eller er dækket gennem kommunernes indberetning af brugen af sådanne tilbud (fx en række botilbud).

I de fleste af rapportens analyser opgør vi brugen af indsatser og ydelser i år 2014, der er det seneste år, hvor der ved udarbejdelsen af undersøgelsens analyser var tilgængelige data på alle de

hovedområder, der er dækket af registeroplysningerne. I nogle analyser ser vi endvidere på brugen af indsatser og ydelser over en længere periode og benytter oplysninger fra tidligere år. I den forbindelse gælder det dog, at der for flere kommunale ydelser såsom hjemmehjælp, hjemmesygepleje og en del ydelser efter serviceloven kun er tilgængelige oplysninger i de centrale registre fra og med 2013. Når vi undersøger udviklingen i brugen af ydelser over tidligere år, indgår kun de indsatsområder, der er dækket af dataregistre i den pågældende periode.

Opgørelsen af brugen af indsatser og ydelser er således generelt baseret på oplysninger fra registre, der stammer fra indberetninger fra en række af velfærdssystemets sociale og behandlingsmæssige tilbud. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at det i nogle tilfælde er oplysninger fra de samme registre, som vi har benyttet til at identificere de udsatte grupper ud fra oplysninger om psykiske lidelser, misbrugsproblemer og hjemløshed. Derved er der en form for *registreringseffekt*, der skaber en iboende sammenhæng mellem identifikationen af de udsatte grupper og deres brug af velfærdssystemets indsatser, som vi opgør i de efterfølgende analyser. Vi afgrænser således grupper, der naturligt anvender fx psykiatrisk behandling eller misbrugsbehandling mere end andre grupper, da det netop er kontakten til disse behandlingssystemer, der ligger til grund for den enkeltes placering i de forskellige grupper. Det er et metodisk vilkår, som man ikke kommer udenom i denne form for analyser, baseret på registerdata fra forskellige dele af velfærdssystemet. Det er ikke muligt ud fra dataregistre at måle den sociale udsathed uafhængigt af brugen af de samme ydelser, der er grundlaget for at identificere de sociale og helbredsmæssige problemer, som vi benytter til at måle udsathed. Det rejser samtidig problematikken om mørketal i form af udsatte borgere, som slet ikke har benyttet velfærdssystemets sociale indsatser og behandlingstilbud, eller som kun i begrænset grad har benyttet disse tilbud, og hvor registreringerne derfor ikke fuldt ud afspejler udsathedens kompleksitet. Det er også uundgåeligt, at dette vil forekomme, men måleperioden på de 5 år øger i sådanne tilfælde sandsynligheden for, at der på et tidspunkt sker en registrering af et givent problem, sammenlignet med en kortere måleperiode på fx blot et enkelt år.

3.4 Datagrundlag for målingen af udsathed

Undersøgelsen som helhed er baseret på registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen. I det følgende beskrives datagrundlaget bag indikatorerne på udsathed og de velfærdsydelser, vi inddrager i analyserne. I analyserne benytter vi som nævnt fem hovedindikatorer for social udsathed: moderat psykisk lidelse, svær psykisk lidelse, alkoholmisbrug, stofmisbrug og hjemløshed. I afgrænsningen af de udsatte grupper benytter vi derudover to supplerende indikatorer til at beskrive kompleksitet i udsathed, nemlig om borgerne har fået en ubetinget fængselsstraf eller har en fysisk, misbrugsrelateret lidelse.

De centrale registre, vi anvender til at måle risikoindikatorerne for udsathed, er Landspatientregisteret (somatiske og psykiatriske registre), Register over Stofmisbrugere i Behandling, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister, Register over brugere af botilbud efter servicelovens § 110 samt Det Centrale Kriminalregister. Registret over stofmisbrugere i behandling blev oprettet i 1996, og Registret over ophold på boformer for hjemløse blev oprettet i 1999, mens Det Nationale Alkoholbehandlingsregister først blev oprettet i 2006. På den måde er det først fra omkring år 2000 og frem, at der i rimelig grad er registre, der dækker de centrale dimensioner af den sociale udsathed. Det er baggrunden for, at vi afgrænser tidsperioden, hvor vi analyserer udviklingen i de udsatte grupper, til perioden fra år 2000 og frem til 2014. Vi beskriver i de følgende afsnit hver af de centrale udsathedsideindikatorer.

3.4.1 Psykisk lidelse

Vi måler psykisk lidelse på baggrund af data fra Landspatientregistret, som indeholder oplysninger om alle kontakter til somatiske og psykiatriske sygehuse i Danmark. Vi skelner mellem svære psykiske lidelser og moderate psykiske lidelser, baseret på en vurdering af alvorligheden af sygdommen. Afgrænsningen følger den skelnen, der findes i lov om aktiv socialpolitik vedrørende niveauet for unges kontanthjælpsydelse, hvor personer, der er diagnosticeret med en svær psykisk lidelse, har ret til et forhøjet beløb i uddannelses- og kontanthjælp. Kategorien af "svære psykiske lidelser" omfatter bl.a. skizofreni, bipolar lidelse samt personlighedsforstyrrelser af borderline-typen. I kategorien af "moderate psykiske lidelser" er opgjort lidelser som depression, angstlidelser, OCD og svære belastnings- og tilpasningsreaktioner, spiseforstyrrelser, ADHD og adfærdsforstyrrelser. Tabel 3.1 viser de psykiatriske diagnoser med tilhørende ICD-10-diagnosekoder, som vi har medtaget i indikatorerne på svær og moderat psykisk lidelse. Endelig er der en række psykiske eller kognitive tilstande med lettere symptomer, som vi ikke medregner som psykiske lidelser, eksempelvis kleptomani og ord- og talblindhed. Vi inddrager heller ikke forskellige former for udviklingsforstyrrelser eller øvrige tilstande såsom autisme, mental retardering og demens.

Tabel 3.1 Diagnoser for psykiske lidelser med tilhørende ICD-10-koder.

Diagnose	ICD-10-kode	Indhold
<i>Svær psykisk lidelse</i>		
Skizofreni	F20.0-20.9	-
Skizotypisk sindslidelse	F21.0-21.9	-
Øvrige psykoser	F22.0-29.9	Paranoide psykoser, induceret psykose, skizoaffektive psykoser mv.
Mani og bipolar lidelse	F30.0-31.9	Manisk enkeltepisode, bipolar affektiv sindslidelse mv.
Borderline	F60.3	Personlighedsforstyrrelser af borderline-typen
<i>Moderat psykisk lidelse</i>		
Let eller moderat depression	F32.1, F32.2, F32.8-32.9, F33.1, F33.2, F33.4-33.9	Depressiv enkeltepisode af lettere eller moderat grad, periodisk depression i episode af lettere eller moderat grad mv.
Svær depression	F32.2, F32.3, F33.2, F33.3	Depressiv enkeltepisode af svær grad, periodisk depression i episode af svær grad mv.
Andre affektive lidelser	F34.0-39.9	Vedvarende affektive tilstande, andre affektive sindslidelser eller tilstande mv.
Angstlidelser	F40.0-41.9	Fobiske angstilstande, andre angstilstande, panikangst, generaliseret angst mv.
OCD	F42.0-42.9	-
Svære belastnings- og tilpasningsreaktioner	F43.0-43.9	PTSD, akut belastningsreaktion, tilpasningsreaktion mv.
Spiseforstyrrelser	F50.0-50.9	Nervøs spisevægring, nervøs spiseanfaldstilbøjelighed mv.
Personlighedsforstyrrelser	F60.0-60.30, F60.32-62.9	Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen, ikke-organiske personlighedsændringer, patologiske vane- og impulshandlinger mv.
ADHD	F90.0-90.9, F98.8C	-
Adfærdsforstyrrelser	F91.0-92.9	Usocialiseret adfærdsforstyrrelse, socialiseret adfærdsforstyrrelse, depressiv adfærdsforstyrrelse mv.

3.4.2 Misbrug

Oplysninger om stofmisbrug og alkoholisbrug stammer fra Register over Stofmisbrugere i Behandling, Det Nationale Alkoholbehandlingsregister og Landspatientregisteret.

Stofmisbrug opdeles efter fire stoftyper: opioider (heroin, metadon, buprenorphin, andre opioider), andre hårde stoffer (kokain, amfetamin, ecstasy, hallucinogener), hash og medicin/andet (benzodiazepiner, opløsningsmidler og andet). Stofmisbrug operationaliseres ud fra, at personen ifølge Register over Stofmisbrugere i Behandling eller Det Nationale Alkoholbehandlingsregister indtager stoffet mindst to gange ugentligt (eller syv gange inden for den seneste måned), eller at personen har angivet et stof fra en af ovenstående kategorier som sit hovedstof i Register over Stofmisbrugere i Behandling. Personer, der optræder i Landspatientregisteret med en diagnose relateret til stofmisbrug, opgøres ligeledes med et stofmisbrug. Disse diagnoser er vist i tabel 3.2. Personer i substitutionsbehandling med metadon eller buprenorphin indgår kun i analysen som stofmisbrugere, hvis de samtidig er registreret med et aktivt misbrug af mindst et af stoftyperne i tabel 3.2.

Tabel 3.2 Diagnoser for misbrugstyper med tilhørende ICD-10-koder.

Misbrug	ICD-10-kode	Indhold
<i>Stofmisbrug</i>		
Opiatmisbrug	F11.1-11.4, F11.9 T40.1, T40.3	Skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af opioider. Forgiftning med heroin eller metadon.
Misbrug af andre hårde stoffer	F14.1-14.3, F14.9 F15.1-15.3, F15.9 F16.1-16.2, F16.9 F19.1-19.4, F19.9	Skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af kokain, andre centralstimulerende stoffer, hallucinogener eller multiple eller andre psykoaktive stoffer.
Hashmisbrug	F12.1-12.2, F12.9	Skadelig brug, afhængighedssyndrom eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af cannabis.
Misbrug af medicin/andet	F13.1-13.4, F13.9 F18.1-18.2, F18.9	Skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand eller uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse, forårsaget af brug af sedativa, hypnotika eller flygtige opløsningsmidler.
Alkoholmisbrug	F10.1-10.9	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, forårsaget af brug af alkohol, herunder fx skadelig brug, afhængighedssyndrom, abstinensstilstand og psykotisk tilstand.

Alkoholmisbrug opgøres som alle personer, der har været i alkoholbehandling ifølge Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Oplysninger om alkoholmisbrug fra denne kilde er tilgængelige fra 2006 og frem. Fra Register over Stofmisbrugere i Behandling opgøres personer, der har oplyst, at de dagligt indtager alkohol. Endelig medtages en række diagnoser fra Landspatientregisteret relateret til alkoholmisbrug, der ligeledes kan ses i tabel 3.2.

3.4.3 Hjemløshed

Hjemløshed måles ud fra, om personen har været indskrevet på et herberg for hjemløse borgere, det vil sige boformer efter servicelovens § 110. Vi har indhentet disse oplysninger fra Danmarks Statistiks register over brugere af botilbud efter servicelovens § 110. Dette register rummer oplysninger om brug af boformerne siden 1999, hvor disse oplysninger er blevet indsamlet på landsplan om alle brugere, der benytter boformerne i løbet af hele året. Når vi benytter disse oplysninger til at måle, om borgeren har været ramt af hjemløshed, skal det tages i betragtning, at det ikke er alle hjemløse borgere, der benytter § 110-boformerne. Der kan fx være "gadesovere", der ikke benytter boformerne, ligesom der også kan være "sofasovere" (hjemløse borgere, der overnatter midlertidigt hos familie og venner), der ikke har benyttet boformerne. De nationale kortlægninger af

hjemløshed, der er baseret på en optælling i uge 6 hvert andet år, viser, at brugerne af § 110-boformerne på et givet tidspunkt udgør lidt under halvdelen af de personer, der befinder sig i en hjemløshedssituation. Kortlægningerne viser også, at i løbet af opgørelsesugen er det ca. halvdelen af gadesoverne, der også har benyttet boformerne. På den måde vil der være et mørketal i form af borgere, der på et tidspunkt befinder sig i en hjemløshedssituation, men som ikke er registreret som brugere af § 110-boformerne.

3.4.4 Ubetinget fængselsstraf

Vi inkluderer i analyserne også et mål for, om personen har været i fængsel, det vil sige, at personen er idømt en ubetinget fængselsstraf, hvilket er registreret i Det Centrale Kriminalregister, som vi ligeledes har indhentet gennem Danmarks Statistik. Dette mål inddrager vi for at måle, om personen på et tidspunkt har begået relativt alvorlige lovovertrædelser. Derimod indgår betingede domme og øvrige forseelser, der fx er straffet med bøder, ikke i dette mål. Ubetingede fængselsstraffe for færdselslovsovertrædelser er heller ikke inkluderet i målet.

3.4.5 Misbrugsrelateret kronisk fysisk lidelse

Endelig inkluderer vi i analyserne et mål for fysiske lidelser, som hænger sammen med et misbrug af enten alkohol eller stoffer. Disse oplysninger stammer fra Landspatientregistret. I dette mål inkluderer vi kun lidelser, som enten er direkte forårsaget af misbruget, eller som har en markant overhyppighed blandt misbrugere. Disse lidelser er kronisk hepatitis, HIV, stof- eller alkoholforårsaget polyneuropati, leversygdomme og kronisk alkoholisk pankreatitis. De tilhørende ICD-10-diagnosekoder er vist i tabel 3.3.

Tabel 3.3 Diagnoser for fysiske misbrugsrelaterede lidelser med tilhørende ICD-10-koder.

Diagnose	ICD-10-kode	Indhold
Kronisk hepatitis	B.18.0-18.9	Kronisk viral hepatitis B, kronisk viral hepatitis C, anden kronisk viral hepatitis mv.
HIV	B20.0-24.9	-
Stof- eller alkoholforårsaget polyneuropati	G62.0-62.9	Polyneuropati, forårsaget af lægemiddel, alkoholisk polyneuropati, polyneuropati, forårsaget af andet toksisk agens mv.
Leversygdomme	K70.0-77.9	Alkoholisk leversygdom, toksisk leversygdom, kronisk leverbetændelse, fibrose i lever og skrumpeliver mv.
Kronisk alkoholisk pankreatitis	K86.0	-

Der er også andre sygdomme, som også kan hænge sammen med misbrug, men som ikke er inkluderet i dette mål. Det er fx diabetes, epilepsi, KOL og kredsløbssygdomme. Disse sygdomme kan imidlertid have mange årsager, og mange mennesker uden misbrug diagnosticeres med dem. Målet for fysisk misbrugsrelateret lidelse indfanger således langtfra alle helbreds-mæssige problemer forbundet med misbrug, men måler en række af de mest alvorlige lidelser, som med stor sandsynlighed er en kompleksitet i forbindelse med stof- eller alkoholmisbrug.

3.5 Datagrundlag for målingen af brug af indsatser og ydelser

Vi inddrager oplysninger om brugen af en række indsatser og ydelser i analysen, som i det følgende beskrives i detaljer med hensyn til typer af oplysninger og datakilder.

Oplysninger om misbrugsbehandling kommer fra Register over Stofmisbrugere i Behandling og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Oplysninger om brug af herberger kommer fra registret over brug af § 110-boformer.

Oplysninger om en række øvrige sociale indsatser efter serviceloven kommer fra et forholdsvis nystartet register hos Danmarks Statistik, der derfor kun dækker undersøgelsesperiodens sidste år, 2014. Registret dækker endnu ikke alle landets kommuner. Der er således otte kommuner, der endnu ikke er omfattet af dette register. Ud over København, som er landets største kommune, er de øvrige syv af disse kommuner primært mindre og enkelte mellemstore kommuner.

Vi har til denne undersøgelse fået stillet et stort datasæt til rådighed fra Københavns Kommune om brugen af disse sociale indsatser for alle kommunens borgere, hvilket har gjort det muligt også at inkludere København i disse analyser. De resterende syv kommuner, som vi mangler disse oplysninger for, svarer til en forholdsvis lille andel på ca. 5 pct. af den danske befolkning mellem 18 og 79 år i 2014.

Oplysninger om besøg fra hjemmesygepleje og hjemmehjælp kommer ligeledes fra nogle relativt nystartede registre under Danmarks Statistik, hvorfor vi også kun medtager oplysninger for disse ydelser i 2014. Heller ikke for disse udgifter har vi oplysninger fra alle landets kommuner. Oplysninger om hjemmehjælpsydelser har vi fra 61 kommuner, mens vi har oplysninger om hjemmesygepleje fra 67 kommuner. Fraværet af disse typer af data i en del kommuner og det generelle fravær af sådanne data tilbage i tid vidner generelt om, hvordan de centrale registerdata på en del af socialområdet ikke er ligeså veludbyggede som på andre områder i velfærdssystemet, herunder navnlig på sundheds- og beskæftigelsesområdet.

I disse tilfælde, hvor vi ikke har oplysninger fra alle landets kommuner, har vi ekstrapoleret brugen af ydelser og udgifterne forbundet med ydelserne ud fra et gennemsnit, beregnet for de kommuner, hvor der er tilgængelige oplysninger. Denne ekstrapolering har taget højde for forskelle i forekomsten af de udsatte grupper i forskellige aldersgrupper mellem kommuner med oplysninger og kommuner uden oplysninger om brugen af de enkelte ydelser. Hvad angår data for ydelser efter serviceloven, er der for ca. halvdelen af kommunerne tale om "validerede" oplysninger. Det vil sige, at efter bearbejdningen af de indberettede data hos Danmarks Statistik har der været en yderligere valideringsproces i kommunerne, mens der for ca. halvdelen af kommunerne ikke har været en sådan efterfølgende valideringsproces. Vi har i den sammenhæng anvendt data fra alle de kommuner, hvor der er indberettet data, da en sammenligning af analyseresultater, baseret på de faktiske indberetninger fra alle kommunerne, med ekstrapolerede tal, baseret på kommunerne med validerede oplysninger, viser, at der kun er marginale forskelle på disse opgørelser.

Oplysninger om beskæftigelsesindsatser kommer fra DREAM-registret, der indeholder oplysninger om samtlige personer, der har modtaget en række forskellige typer af overførselsindkomster. Oplysningerne er opgjort for hver uge i løbet af året og indeholder også oplysninger om deltagelse i beskæftigelsesrettede indsatser. Vi måler brugen af beskæftigelsesrettede indsatser gennem antallet af uger, hvor borgeren har deltaget i "Vejledning og opkvalificering".

Oplysninger om brugen af ydelser på de somatiske sygehusafdelinger og i det psykiatriske behandlingssystem kommer fra Landspatientregistret, mens oplysninger om ydelser under sygesikringen, herunder kontakter til praktiserende læger og speciallæger, kommer fra Sygesikringsregistret. Oplysninger om offentlige tilskud til receptpligtig medicin kommer fra Lægemedeldatabasen, hvorfra disse oplysninger er stillet til rådighed af Sundhedsdatastyrelsen gennem Danmarks Statistik.

Oplysninger om brug af ydelser i tilknytning til domstole og fængsler kommer fra kriminalstatistikregistrene for afgørelser og indsættelser. Disse registre gør det muligt at opgøre antallet af domme for forskellige typer af lovovertrædelser samt antallet af indsættelsesdage.

Oplysninger om overførselsindkomster kommer fra indkomstregistret under Danmarks Statistik (2000-2014). Vi inddrager her oplysninger om overførselsindkomster såsom kontanthjælp, dagpenge, efterløn, førtids- og folkepension, SU og boligstøtte samt andre overførsler.

Vi inddrager, som tidligere nævnt, ikke ydelser relateret til de videregående uddannelser ud over udgifter til overførselsindkomster såsom Statens Uddannelsesstøtte (SU).

Ud over de variable, som vi har beskrevet ovenfor, anvender vi også en række baggrundsoplysninger, der beskriver øvrige demografiske og sociale forhold. Det drejer sig om køn, alder, etnicitet, familieforhold, uddannelse og bopælskommune.

3.6 Beregning af udgifter for indsatser og ydelser

Analyserne af udgifterne, der er forbundet med indsatser og ydelser til borgerne i de udsatte grupper, tager udgangspunkt i analysen af brugen af indsatserne og er således baseret på de tilgængelige oplysninger i de centrale dataregistre.

De følgende tabeller (tabel 3.4-3.9) giver et overblik over, hvordan de enkelte velfærdsydelser er prissat, og hvad der er kilde til prissætningen. Alle priser er standardiseret til 2014-priser i de tilfælde, hvor de anvendte priser har været for et andet år.

Nogle ydelser er prissat præcist i selve registrene for hver enkelt ydelse, som borgeren har modtaget. Det er tilfældet for somatiske sygehusydelser og lægeydelser, hvor der er oplysninger om prisen for den enkelte behandling. Andre ydelser har officielle standardpriser pr. enhedsydelse, hvilket fx gælder for behandlingsydelserne i psykiatrien og for indsættelsesdøgn i fængsler.

For en række ydelser har vi anvendt estimerede enhedspriser, det vil sige oplysninger om, hvor meget indsatsen i gennemsnit koster pr. borger, der modtager indsatsen. For en række indsatser og ydelser under serviceloven har vi anvendt oplysninger om enhedspriser fra Socialpolitisk Redegørelse 2016 (Social- og Indenrigsministeriet, 2016). I Socialpolitisk Redegørelse er der foretaget beregninger af de gennemsnitlige enhedsomkostninger, der tager udgangspunkt i de samlede udgifter, der er knyttet til brugen af disse indsatser, sammenholdt med de samme typer af registeroplysninger om brugen af indsatserne, som vi anvender. For enkelte øvrige ydelser har vi benyttet oplysninger om beregnede udgifter fra andre kilder, der ligeledes er angivet i tabellerne.

For udgifterne til overførselsindkomst er de præcise beløb opgjort ud fra registrene. I analyserne er generelt inddraget udgifter til alle former for overførselsindkomster. Vi har dog gjort en undtagelse vedrørende udgifterne til folkepension. Analysepopulationen i rapporten er generelt afgrænset til personer mellem 18 og 79 år, og i de ældre aldersgrupper indgår således også personer på folkepension, både i de udsatte grupper og i den øvrige befolkning. Når vi i omkostningsanalysen generelt undersøger de samfundsmæssige omkostninger forbundet med social udsathed, er udgiften til folkepension analytisk set ikke lige så relevant som de overførselsindkomster, der gives til personer i den erhvervsaktive alder. Det skyldes, at folkepensionen primært er en bunden udgift, som alle personer har ret til fra pensionsalderen og opefter. Folkepensionen er dog samtidig indtægtsbestemt, sådan at folkepensionen nedsættes afhængigt af borgerens øvrige indkomster. For ikke at medregne det samlede beløb, udbetalt som folkepension, i opgørelserne af udgifterne forbundet med social udsathed, har vi for hver borger på folkepension fraregnet den del af pensions-

udgiften, der udgøres af folkepensionens grundbeløb, således at udgiften til folkepension, der medregnes i analyserne, består af den del, der vedrører pensionstillægget, der i højere grad nedtrappes ved anden indkomst. En opgørelse viser i den forbindelse, at når vi ser på den del af folkepensionen, der ligger ud over grundbeløbet, er der generelt højere udgifter pr. borger på folkepension i de udsatte grupper end pr. borger på folkepension i den øvrige befolkning, hvilket afspejler, at de udsatte borgere gennemsnitligt set ikke i samme grad som borgerne i den øvrige del af befolkningen har indtægter fra private pensionsordninger og lignende. Derfor giver udgiften til folkepension fraregnet grundbeløbet et bedre billede af udgifter, der varierer, afhængigt af om borgeren er socialt udsat eller ej.

Offentlige udgifter kan endvidere opdeles efter de administrative enheder, der afholder udgifterne – stat, region og kommuner. Som beskrevet ovenfor hører ydelser efter serviceloven såsom fx misbrugsbehandling, herberg, hjemmesygepleje og hjemmehjælp under kommunerne. De regionale udgifter udgøres af sundhedsvæsenet, herunder både det somatiske og det psykiatriske hospitalssystem og lægeydelser, mens ydelser i tilknytning til rets- og fængselsvæsenet ligger hos staten. I rapportens kapitel 6 opgør vi fordelingen af udgifterne, fordelt på hhv. staten/regionerne og kommunerne. Når vi i disse analyser grupperer udgifterne for stat og regioner under ét, hænger det sammen med, at vi i opgørelsen af nettoudgifterne fraregner de udsatte borgeres skattebetaling, hvor der ikke betales skat til regionerne, da regionernes udgifter er finansieret af staten. For en række af ydelser er det muligt for kommunerne at få refusion fra staten til en del af udgifterne, således at udgifterne fordeles mellem stat/regioner og kommuner. Eksempelvis får kommunerne 50 pct. statsrefusion til udgifterne til ophold på § 110-boformer for hjemløse. Fordelingsnøglen for udgifter til offentlige velfærdsydelser mellem stat (og regioner) på den ene side og kommuner på den anden fremgår ligeledes af tabel 3.4-3.9.

Når vi i de økonomiske analyser generelt anvender enhedspriser til at beregne hovedparten af udgifterne (med undtagelse af de udgifter i sundhedssystemet og til overførselsindkomster, hvor der er oplysning om den eksakte udgift for den enkelte borger), skal det tages i betragtning, at der således er tale om beregnede gennemsnitsomkostninger for den enkelte borger. Der kan for nogle ydelser være individuel variation i intensiteten af indsatsen, som ikke fremgår af registeroplysningerne om brugen af indsatsen. For nogle ydelser er oplysningerne mere detaljerede end andre. Fx er der for nogle af ydelserne oplysninger om antallet af indskrivningsdøgn, som fx på herberger og botilbud, eller antallet af kontakter og ydelser, som fx antal besøg fra hjemmesygeplejen, der således giver et ret præcist billede af omfanget af brugen af indsatsen. Alligevel kan der være forskelle i udgifterne for den enkelte borger, som ikke fremgår, når vi anvender enhedspriserne til at estimere udgifterne. Der kan være kortere eller længere kontakter, ligesom der også kan være forskelle i kvaliteten af indsatsen (fx personalenormeringer og lignende), der ikke fremgår af oplysningerne. Særligt for en række ydelser under serviceloven er de anvendte enhedspriser estimeret på tværs af alle målgrupperne for ovennævnte ydelser (jf. Socialpolitisk Redegørelse, 2016). Det skyldes, at der ud fra de centralt tilgængelige tal om kommunernes udgifter på disse områder ikke er mulighed for at fordele disse udgifter på specifikke delmålgrupper, der ud over udsatte borgere også omfatter andre målgrupper som fx borgere med handicap.

Det skal i den forbindelse også tages i betragtning, at der er tale om landsdækkende enhedspriser, og der kan også være variationer mellem kommunerne i intensiteten eller kvaliteten af en række indsatser (og i visiteringen hertil), som således ikke fremgår af beregningerne. Når vi i kapitel 8 sammenligner omfanget af udgifter til indsatser til de udsatte grupper i forskellige områder af landet, skal det således også tages i betragtning, at der er tale om beregnede udgifter, baseret på de landsdækkende enhedspriser, og at der kan være yderligere variation i de faktiske kommunale

udgifter, som ikke fremgår af disse opgørelser, da de faktiske udgifter til indsatsen for den enkelte borger ikke findes i de centrale dataregistre.

Table 3.4 Oversigt over ydelser i tilknytning til misbrugsbehandling og herberger, ydelsernes pris og kilden til prissætningen.

Ydelse	Pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordeling på aktører
<i>Misbrugsbehandling</i>					
Stofbehandling, ambulant	166	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Stofbehandling, dag	166	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Stofbehandling, døgn	2.029	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Alkoholbehandling ambulant	101	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Alkoholbehandling, dag	101	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Alkoholbehandling, døgn	101	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
<i>Herberg</i>					
Antal dage	1.202	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Stat (50 %) Kommune (50 %)

Table 3.5 Oversigt over øvrige ydelser efter serviceloven, ydelsernes pris og kilden til prissætningen.

Ydelse	Pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordeling på aktører
Aktivitets- og samværsydelse (§ 104)	378	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Socialpædagogisk støtte (§ 85)	375	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Længerevarende ophold (§ 108)	2.606	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Midlertidigt ophold (§ 107)	1.986	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
<i>Andre ydelser</i>					
Psykologisk behandling, speciallægebehandling og terapi (§ 102)	375	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Borgerstyret personlig assistance (§ 96)	3.202	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Afløsning (§ 95)	291	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Ledsageordning (§ 97)	63	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune
Beskyttet beskæftigelse (§ 103)	326	kr. pr. dag	Socialpolitisk redegørelse 2016	Gennemsnitspris fra årlig pris	Kommune

Tabel 3.6 Oversigt over hjemmesygepleje og hjemmehjælpsydelser, ydelsernes pris og kilden til prissætningen.

Ydelse	Pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordeling på aktører
Hjemmesygepleje (sundhedslovens § 138)	95,9	kr. pr. kontakt	Statistikbanken.dk/REGK53	Gennemsnitspris ud fra de samlede kommunale nettoudgifter (64 kommuner)	Kommune
Hjemmehjælp, personlig pleje (servicelovens § 83)	518	kr. pr. time	Fritvalgsdatabasen	Gennemsnitspris ud fra prisoplysninger for 88 kommuner (1. juli 2014)	Kommune
Hjemmehjælp, praktisk hjælp (servicelovens § 83)	415	kr. pr. time	Fritvalgsdatabasen	Gennemsnitspris ud fra prisoplysninger for 88 kommuner (1. juli 2014)	Kommune

Tabel 3.7 Oversigt over ydelser i tilknytning til fængsels- og retsvæsen, ydelsernes pris og kilden til prissætningen.

Ydelse	Pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordeling på aktører
<i>Fængsel</i>					
Antal dage	1.462	kr. pr. dag	Kriminalforsorgen, økonomi	Enhedspris omregnet fra 2015-priser	Stat
<i>Retsomkostninger</i>					
Færdselsloven og andre særlove	13.938	kr. pr. dom	Rambøll, 2013	Enhedspris omregnet fra 2013-priser. Eksklusive erstatning/forsikring.	Stat
Indbrud, tyveri, og hærværk	9.452	kr. pr. dom	Rambøll, 2013	Enhedspris omregnet fra 2013-priser. Eksklusive erstatning/forsikring.	Stat
Volds- og sædelighedsforbrydelser, våbenlov og lov om euforiserende stoffer	32.001	kr. pr. dom	Rambøll, 2013	Enhedspris omregnet fra 2013-priser. Eksklusive erstatning/forsikring.	Stat

Tabel 3.8 Oversigt over somatiske sygehusydelser, lægeydelser og psykiatriske sygehusydelser, ydelsernes pris og kilden til prissætningen.

Ydelse	Pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordeling på aktører
<i>Somatiske sygehusydelser</i>					
Heldøgnsindlæggelser	-	kr. pr. dag	Landspatientregistret	Prissat i registret	Region (77 %) Kommune (23 %)
Ambulant behandling	-	kr. pr. kontakt	Landspatientregistret	Prissat i registret	Region (71 %) Kommune (29 %)
Skadestue	-	kr. pr. kontakt	Landspatientregistret	Prissat i registret	Region (71 %) Kommune (29 %)
<i>Lægeydelser</i>					
Almen læge	-	kr. pr. kontakt	Sygesikringsregistret	Prissat i registret	Region (93 %) Kommune (7 %)
Speciallæge	-	kr. pr. kontakt	Sygesikringsregistret	Prissat i registret	Region (66 %) Kommune (34 %)
Andre sygesikringsydelser	-	kr. pr. kontakt	Sygesikringsregistret	Prissat i registret	Region (90 %) Kommune (10 %)
<i>Psykiatriske sygehusydelser</i>					
Indlæggelser	3.459	kr. pr. dag	DRG takstvejledning	Enhedstakst	Region (89 %) Kommune (11 %)
Ambulante kontakter	1.793	kr. pr. kontakt	DRG takstvejledning	Enhedstakst	Region (70 %) Kommune (30 %)
Skadestuekontakter	1.793	kr. pr. kontakt	DRG takstvejledning	Enhedstakst	Region (70 %) Kommune (30 %)

Anm.: "-" betyder, at udgiften for hver enkelt borger er prissat præcist i registre og derfor ikke er beregnet.

Tabel 3.9 Oversigt over overførsler og ydelser i tilknytning til beskæftigelsesindsatser, ydelsernes pris og kilden til prissætningen.

Ydelse	Pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordeling på aktører
<i>Overførsler</i>					
Førtidspension	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat (35 %) Kommune (65 %)
Boligstøtte	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat (68,1 %) Kommune (31,9 %)
<i>Kontanthjælp</i>					
Aktiverede	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat (50 %) Kommune (50 %)
Ikke-aktiverede	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat (30 %) Kommune (70 %)
Dagpenge	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat
<i>Sygedagpenge</i>					
Aktiverede	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat (65 %) Kommune (35 %)
Ikke-aktiverede	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat (30 %) Kommune (70 %)
Folkepension	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat
Efterløn	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat
Anden overførsel	-	kr. pr. år	Indkomstregistret	Prissat i registret	Stat
<i>Øvrige ydelser</i>					
Beskæftigelsesindsatser	1.770	kr. pr. uge	SØM: Socialøkonomisk investeringsmodel	Gennemsnitspris	Kommune

Anm.: "-" betyder, at beløbet pr. borger er prissat præcist i registrene og derfor ikke er beregnet.

4 De socialt udsatte grupper

I dette kapitel tegner vi et billede af omfanget og profilen af den sociale udsathed ud fra de registerdata, som udgør grundlaget for undersøgelsens analyser. Målingen af udsathed er baseret på de oplysninger om dimensioner af udsathed, som er tilgængelige i de centrale dataregistre. Som vi har beskrevet i rapportens metodekapitel, indebærer brugen af registerdata, at man ikke har samme type af helt individnære oplysninger om borgernes aktuelle livssituation, som man ville have ud fra en spørgeskemaundersøgelse. Til gengæld har man ved brug af de centrale dataregistre mulighed for at foretage en undersøgelse af mønstrene i udsathed for hele befolkningen, ligesom det også er muligt at inddrage oplysninger om borgernes faktiske brug af velfærdssystemet, da disse oplysninger i vid udstrækning også findes i registrene.

Undersøgelsens definition og afgrænsning af den sociale udsathed er baseret på oplysninger om, hvem der er blevet registreret med psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller ophold på boformer for hjemløse over en 5-årig periode fra 2010 til 2014. I tillæg hertil inddrager vi oplysninger om visse former for fysiske helbredsproblemer og oplysninger om fængselsophold for mere nuanceret at kunne skelne mellem grader af kompleksitet i udsathed. I kapitlets første del beskriver vi, hvad der kendetegner mønstrene og udviklingen i de indikatorer, vi bruger til at definere de udsatte grupper, som vi anvender som analysegrupper i resten af rapportens kapitler. Vi tegner derefter et billede af, hvad der kendetegner grupperne i forhold til køn, alder, etnicitet, husstandstype, uddannelsesniveau og forsørgelsesgrundlag. Vi undersøger også, hvordan størrelsen og sammensætningen af de udsatte grupper har udviklet sig gennem de senere år.

4.1 Udsathedens forskellige dimensioner

I dette afsnit beskriver vi rapportens definition på social udsathed, der som beskrevet i kapitel 2 generelt er baseret på en multidimensionel forståelse af social udsathed. Samtidig er den operationelle definition af udsathed som vi benytter i analyserne baseret på mål for sociale og helbreds-mæssige problemer, som kan findes i de tilgængelige dataregistre. Definitionen af udsathed tager udgangspunkt i de tre dimensioner: psykiske lidelser, misbrugsproblemer og hjemløshed. Inden for disse tre dimensioner anvender vi i analyserne fem enkeltindikatorer, som er: moderat psykisk lidelse, svær psykisk lidelse, alkoholmisbrug, stofmisbrug og hjemløshed. Når vi anvender en sådan bred afgrænsning, skal man være opmærksom på, at det i praksis ikke er alle personer med eksempelvis en psykisk lidelse eller et alkoholproblem, der er socialt udsatte i den forstand, som vi sædvanligvis forstår den sociale udsathed, nemlig som borgere med komplekse sociale og helbreds-mæssige problemer. Disse indikatorer skal snarere ses som risikoinikatorer, og vi beskriver i løbet af kapitlet, hvordan vi med udgangspunkt i de fem indikatorer, suppleret med yderligere mål for sociale og helbreds-mæssige problemer, definerer og måler en række socialt udsatte grupper med en højere eller lavere grad af kompleksitet i udsathed. Først beskriver vi dog de fem risikoinikatorer enkeltvis.

Figur 4.1 og 4.2 viser andelen af hhv. mænd og kvinder i befolkningen, der er registreret på hver af de fem enkeltindikatorer i løbet af en 5-årig periode fra 2010 til 2014. Når vi ser på disse fem indikatorer hver for sig, er den største gruppe i befolkningen dem, der er registreret med moderate psykiske lidelser. Det er 4 pct. af alle mænd og 6 pct. af alle kvinder i alderen 18-79 år i 2014, der er registreret med en moderat psykisk lidelse i den 5-årige periode. Moderate psykiske lidelser dækker over en række forskelligartede lidelser som eksempelvis depression, angst, personlighedsforstyrrelser (ekskl. borderline), spiseforstyrrelser og ADHD. Forekomsten af moderate

psykiske lidelser er højest i de yngre aldersgrupper (18-29 år), hvor 6 pct. af mændene og 10 pct. af kvinderne er registreret med en moderat psykisk lidelse. Svær psykisk lidelse inkluderer skizofreni, skizotypi, bipolar lidelse, øvrige psykotiske lidelser samt personlighedsforstyrrelse af borderline-typen. Forekomsten af svære psykiske lidelser er på ca. 1,5 pct. af både mænd og kvinder i alderen 18-79 år. Ligesom for de moderate psykiske lidelser er også forekomsten af de svære psykiske lidelser højest i de yngre aldersgrupper.

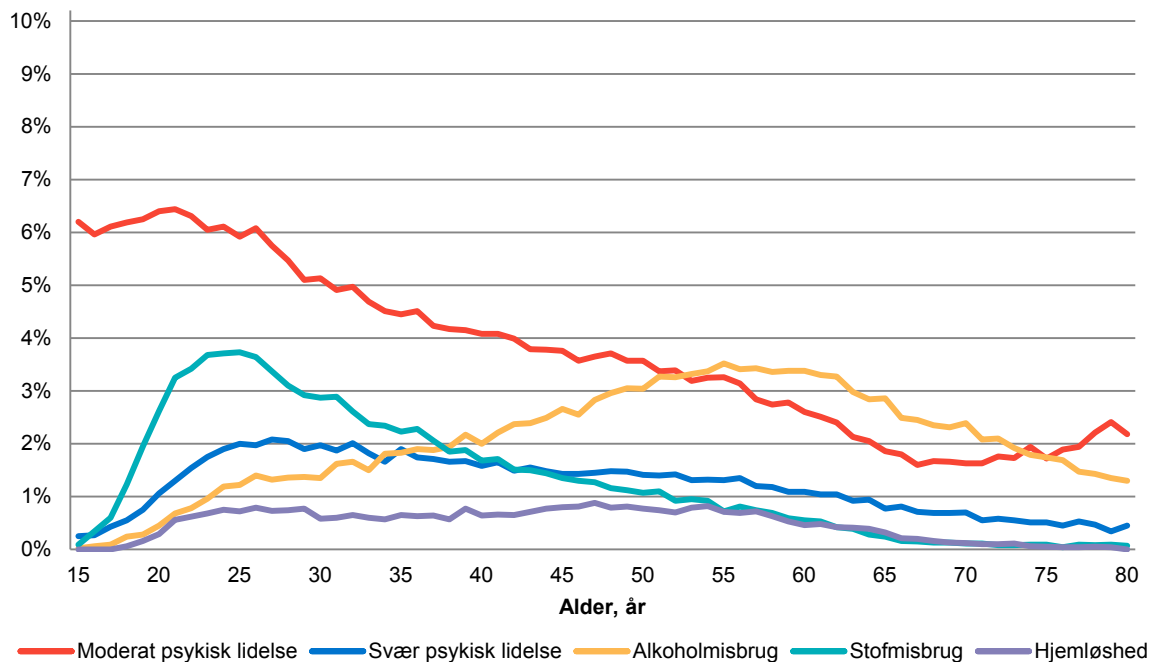
Figur 4.1 og 4.2 viser også andelen af befolkningen, der er registreret med misbrugsproblemer i registrene. Det er 2 pct. af mændene og 1 pct. af kvinderne, der er registreret med et alkoholmisbrug, når vi ser på tværs af aldersgrupperne fra 18-79 år. Forekomsten af stofmisbrug er lidt lavere med 1,5 pct. af mændene og 0,5 pct. af kvinderne. Stofmisbrug dækker både over misbrug af hash, af hårde stoffer (fx heroin, kokain og amfetamin) samt af medicin og andet. Der er store aldersmæssige forskelle i forekomsten af de forskellige typer af misbrug. Mens alkoholmisbruget topper blandt mænd og kvinder i 50'erne, er andelen, der er registreret med stofmisbrug, højest blandt unge i 20'erne. De efterfølgende figurer 4.3 og 4.4 viser hyppighederne af de enkelte typer af stofmisbrug. Her ses det, at andelen med opiatmisbrug er højest i de midaldrende aldersgrupper, mens andelen med misbrug af øvrige hårde stoffer (kokain, amfetamin mv.) og hash er højest i de yngre aldersgrupper.

Forskellene i typen af misbrug dækker både over alders- og generationseffekter. Med undtagelse af opiatmisbrug er stofmisbrug et udpræget ungdomsproblem. Mens opiatmisbrug var særlig udbredt blandt de unge i 1980'erne og 1990'erne, er det misbrug af kokain og hash, der er mest udbredt blandt unge i dag. Omvendt er alkoholmisbrug mere udbredt i de midaldrende og ældre aldersgrupper, hvilket formentlig også afspejler, at hårde stoffer ikke var så udbredte, da de ældste aldersgrupper var unge.

Blandt de fem indikatorer er hjemløshed den mindst hyppige form for udsathed. Det er 0,5 pct. af mændene og 0,2 pct. af kvinderne i alderen 18-79 år i 2014, der er registreret med et ophold på et herberg inden for de seneste 5 år. Hjemløshed er mindre aldersbetinget end de øvrige indikatorer og rammer bredt i alderen 18-59 år. Der er dog færre i alderen 60-79 år, der er registreret som hjemløse, hvilket bl.a. hænger sammen med en høj dødelighed blandt personer, der har været hjemløse (Nielsen m.fl., 2011). Som nævnt i kapitel 3 er hjemløsheden i denne sammenhæng målt ved brug af herberger for hjemløse (§ 110-boformer), hvor der sker en løbende registrering af brugerne året rundt. Hjemløse borgere, som ikke benytter herbergerne (fx de "gadesovere" og "sofasovere", der ikke samtidig har benyttet et herberg), indgår således ikke i disse tal.

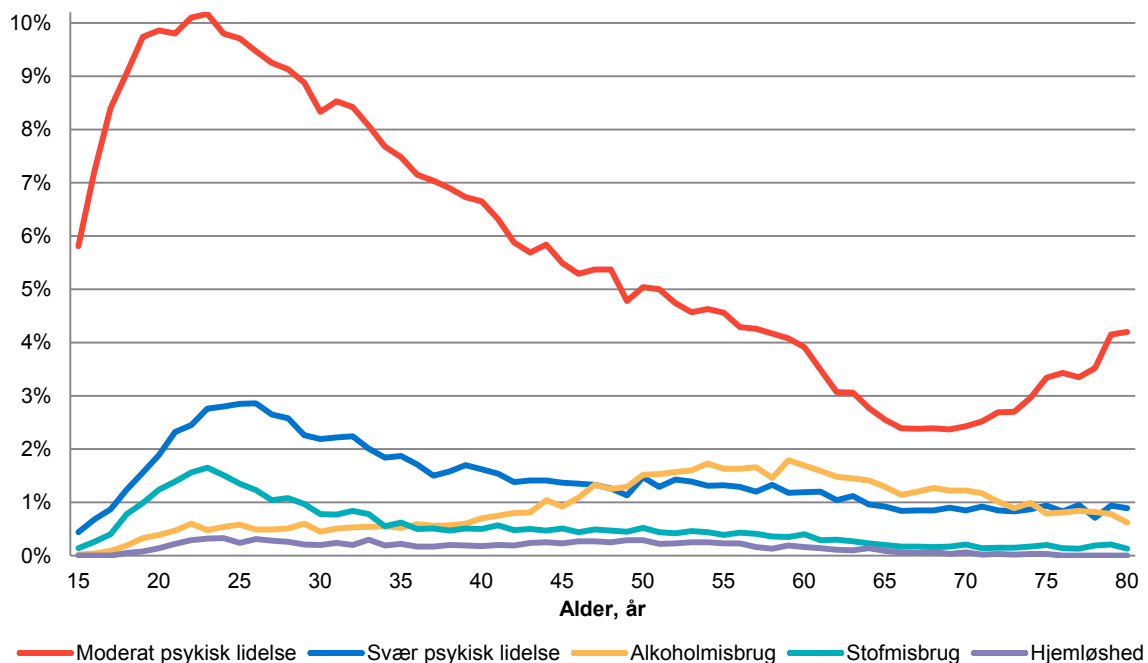
Det skal generelt understreges, at vi med de registerbaserede mål ikke indfanger alle de personer, der eksempelvis har været hjemløse, eller som har et misbrug. Omvendt må vi antage, at når vi måler over en længere periode på 5 år, vil en forholdsvis stor del af personer med de alvorlige sociale og helbreds-mæssige problemer, som vi interesserer os for i undersøgelsen, have været i kontakt med det sociale eller behandlingsmæssige system og således indgå i opgørelserne.

Figur 4.1 Andelen af mænd i befolkningen med specifikke risikoindikatorer for social udsathed. Særskilt for alder. 2014 (målt 2010-2014). Procent.



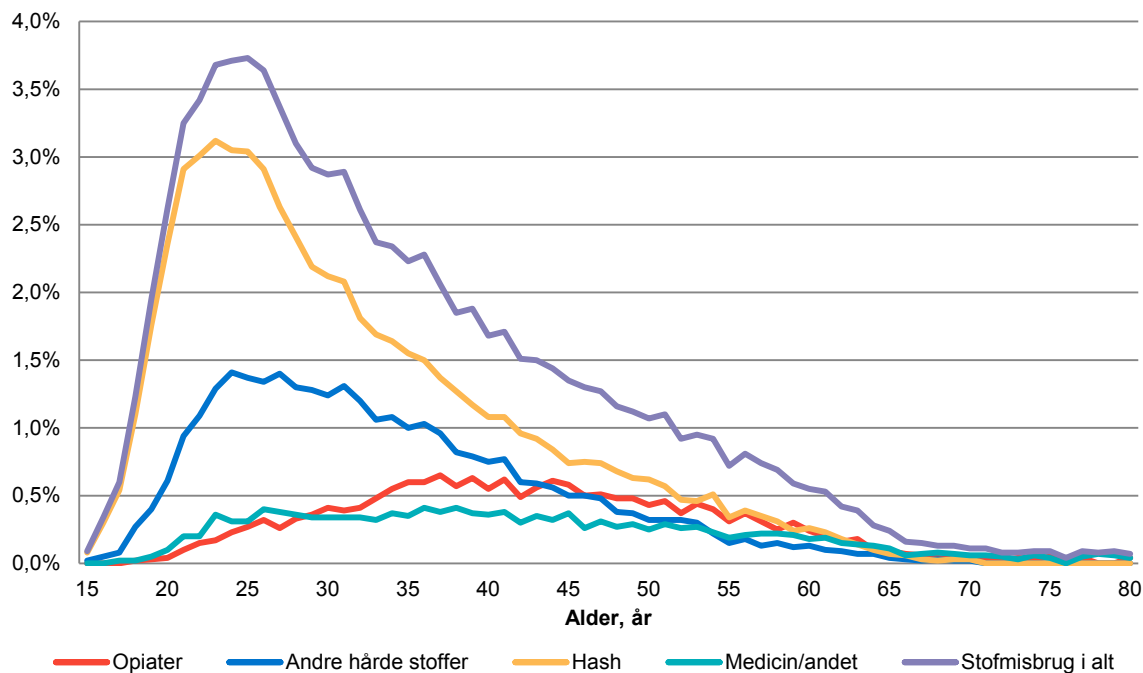
Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 4.2 Andelen af kvinder i befolkningen med specifikke risikoindikatorer for social udsathed. Særskilt for alder. 2014 (målt 2010-2014). Procent.



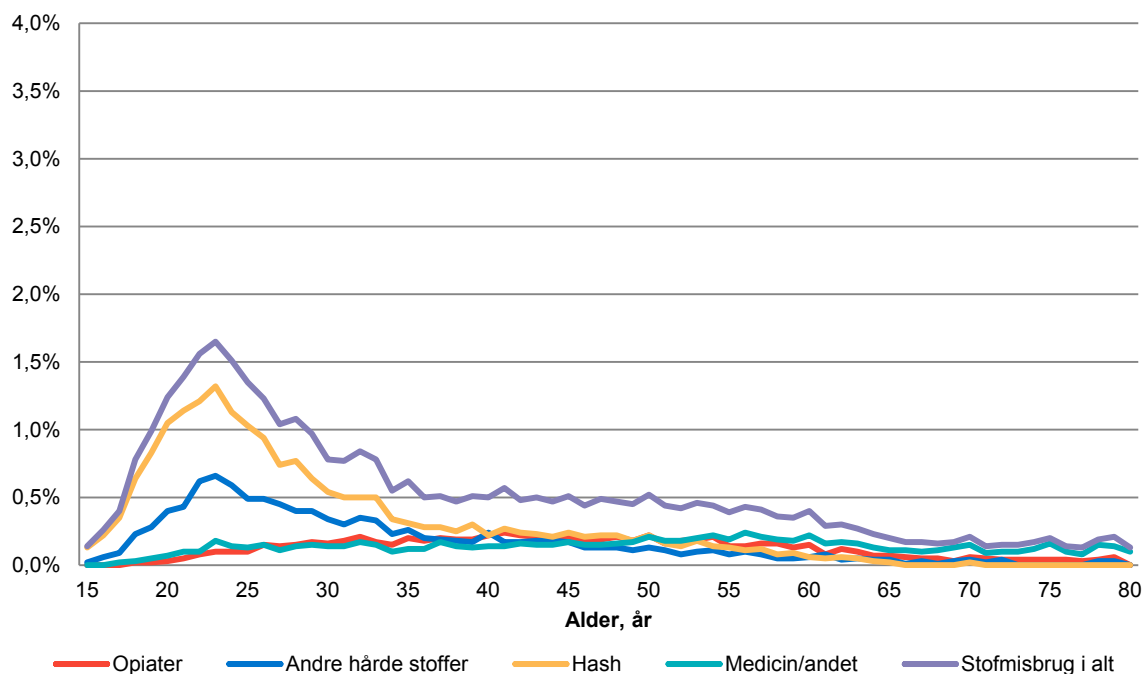
Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 4.3 Andelen af mænd i befolkningen med specifikke typer af stofmisbrug. Særskilt for alder. 2014. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 4.4 Andelen af kvinder i befolkningen med specifikke typer af stofmisbrug. Særskilt for alder. 2014. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Social udsathed er generelt kendetegnet ved et samspil mellem forskellige former for sociale og helbredsmæssige problemer. I registrene kan vi kun måle en del af de mange forskellige problemer, der kan indgå i kompleksiteten af den sociale udsathed. I denne analyse inkluderer vi, ud

over de fem indikatorer (moderat og svær psykisk lidelse, alkohol- og stofmisbrug samt hjemløshed), yderligere to indikatorer, som vi ikke betragter som social udsathed i sig selv, men som ofte optræder sammen med forskellige former for udsathed, og som kan være medvirkende til at øge kompleksiteten i udsathed. Disse to indikatorer er ubetinget fængselsstraf og misbrugsrelaterede fysiske lidelser. Disse to indikatorer fungerer således i analysen som "hjælpeindikatorer" til at identificere en høj grad af kompleksitet i udsathed.

En del socialt udsatte oplever på et tidspunkt i deres liv at modtage en ubetinget fængselsstraf som et resultat af en dom for fx tyveri, indbrud eller salg af stoffer, hvilket tilføjer en ekstra kompleksitet i disse borgers sociale udsathed. I afgrænsningen af de udsatte grupper inddrager vi derfor en indikator for, om borgeren har modtaget en ubetinget dom. Der kan også være former for kriminalitet, som ikke er et udtryk for social udsathed inden for denne undersøgelses rammer, bl.a. økonomisk kriminalitet, berigelseskriminalitet og lignende. Det er således ikke alle personer med en ubetinget fængselsdom, som vi inddrager i analyserne af den sociale udsathed, men derimod kun de tilfælde, hvor en ubetinget dom optræder sammen med en psykisk lidelse, misbrugsproblemer eller hjemløshed, og hvor en ubetinget dom således er et tegn på en kompleksitet i udsathed. På den måde anvender vi i analyserne et fængselsophold som en understøttende indikator eller en "hjælpeindikator" for, hvornår udsathed antager en mere kompleks form.

Mange udsatte borgere udvikler over tid fysiske helbredsproblemer og kroniske fysiske lidelser. Sådanne lidelser er ofte knyttet til et langt liv med misbrugsproblemer, ligesom også hjemløshed kan slide på kroppen og øge risikoen for sygdom. Det er dog også ret almindeligt for den øvrige befolkning med alderen at udvikle kroniske fysiske lidelser. Derfor inddrager vi som en yderligere indikator på udsathedens kompleksitet forekomsten af visse fysiske lidelser, som man har en særligt høj risiko for at udvikle som følge af langvarigt stof- eller alkoholmisbrug. Det er bl.a. forskellige leversygdomme, stof- eller alkoholforårsaget polyneuropati og kronisk alkoholisk pankreatitis. Vi inddrager disse sygdomme som et mål for kompleksitet, når de optræder sammen med psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller hjemløshed, mens vi ikke inddrager personer i analysen, som har en eller flere af disse sygdomme, uden at de optræder sammen med de centrale risikoindikatorer for udsathed.

I det følgende beskriver vi først de indbyrdes sammenhænge mellem de fem risikoindikatorer: moderat og svær psykisk lidelse, alkohol- og stofmisbrug samt hjemløshed, samt de to "hjælpeindikatorer", før vi præsenterer de analysegrupper, som vi har dannet ud fra disse indikatorer. I tabel 4.1 og 4.2 opgør vi for hhv. mænd og kvinder i alderen 18-79 år, hvor stor en andel af dem der er registreret på hver af de fem risikoindikatorer (moderate og svære psykiske lidelser, alkohol- og stofmisbrug samt hjemløshed), som samtidig er registreret på hver af de øvrige indikatorer. Kolonnerne (lodret) i tabellerne viser således alle de personer, der er registreret på hver enkelt indikator, og i rækkerne (vandret) er vist, hvor stor en andel der for hver indikator samtidig er registreret på hver af de øvrige indikatorer. For hver af de fem indikatorer er det også opgjort, hvor stor en andel der har haft et fængselsophold i perioden, og hvor mange der har en misbrugsrelateret fysisk lidelse.

Blandt mænd og kvinder med en moderat eller svær psykisk lidelse er der flere, som samtidig har andre indikationer på udsathed. For det første er der et betydeligt overlap mellem de to dimensioner af psykiske lidelser, og 39 pct. af mænd og 56 pct. af kvinder med en svær psykisk lidelse er samtidig registreret med en moderat psykisk lidelse. Ca. en tredjedel af mænd med psykisk lidelse er samtidig registreret med et misbrug. Blandt mænd med moderat og svær psykisk lidelse er det hhv. 26 og 36 pct., som samtidig er registreret med enten alkohol- eller stofmisbrug. Blandt kvinder er disse andele noget lavere, hhv. 11 og 18 pct. Her kan der være tale om "selvmedicinering", hvor

misbruget opstår i et forsøg på at dulme symptomerne ved en psykisk lidelse, samtidig med at rusmidlerne også i sig selv kan være med til at fremkalde eller forstærke psykiske lidelser og tilstande.

Hvis udgangspunktet i stedet for de psykiske lidelser er borgere med et alkohol- eller stofmisbrug, er der endnu flere, som samtidig har en psykisk lidelse. Her er andelen højest blandt kvinder, hvor 46 og 64 pct. af kvinderne med et misbrug af hhv. alkohol og stoffer samtidig er registreret med en psykisk lidelse. Blandt mænd er disse andele hhv. 33 og 49 pct. Blandt personer med et misbrug af alkohol eller stoffer er der også mange, som samtidig er registreret med de tre øvrige kompleksiteter, som vi måler, det vil sige, at de enten har været hjemløse, har en ubetinget fængselsstraf eller har en misbrugsrelateret fysisk lidelse. Blandt mænd er det 24 pct. af dem med et alkoholmisbrug og 32 pct. af dem med et stofmisbrug, som samtidig er registreret med mindst en af disse tre øvrige kompleksiteter. Blandt kvinder er det hhv. 17 og 18 pct.

Endelig har de fleste personer, der er registreret som hjemløse, også flere øvrige problematikker. For mændene er 40 pct. af herbergsbrugerne registreret med en psykisk lidelse, mens det gælder 52 pct. blandt kvinderne, og næsten to tredjedele af de hjemløse mænd og over halvdelen af de hjemløse kvinder er samtidig registreret med et misbrug af enten alkohol eller stoffer.

Table 4.1 Sammenhæng mellem de enkelte risikoindeksorer blandt mænd. Andelen af 18-79-årige mænd, registreret på de specifikke indeksorer. Særskilt for hele befolkningen og for grupperne af personer, registreret på hver af de specifikke indeksorer. Opgjort for personer i befolkningen i 2014 og målt 2010-2014. Procent.

	Hele befolkningen	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed
<i>Psykisk lidelse</i>						
Moderat psykisk lidelse	4	100	39	27	38	32
Svær psykisk lidelse	1	14	100	12	22	16
Psykisk lidelse i alt	5	100	100	33	49	40
<i>Misbrug</i>						
Alkoholmisbrug	2	16	21	100	28	43
Stofmisbrug	1	15	24	18	100	37
Misbrug i alt	3	26	36	100	100	64
<i>Øvrige kompleksiteter</i>						
Hjemløshed	1	5	7	11	14	100
Ubetingset fængselsstraf	1	6	4	6	18	18
Misbrugsrelateret fysisk lidelse	1	3	4	11	8	10
Øvrig kompleksitet i alt	3	12	12	24	32	100
Antal personer (mænd, 18-79 år)	2.029.976	75.821	26.590	45.183	29.237	11.047
Andel af alle 18-79-årige mænd	100,0	3,7	1,3	2,2	1,4	0,5

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 4.2 Sammenhæng mellem de enkelte risikoindikatorer blandt kvinder. Andelen af 18-79-årige kvinder, registreret på de specifikke indikatorer. Særskilt for hele befolkningen og for grupperne af personer, registreret på hver af de specifikke indikatorer. Opgjort for personer i befolkningen i 2014 og målt 2010-2014. Procent.

	Hele befolkningen	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed
<i>Psykisk lidelse</i>						
Moderat psykisk lidelse	6	100	56	40	56	45
Svær psykisk lidelse	1	15	100	16	29	23
Psykisk lidelse i alt	6	100	100	46	64	52
<i>Misbrug</i>						
Alkoholmisbrug	1	7	11	100	27	41
Stofmisbrug	1	6	11	15	100	31
Misbrug i alt	1	11	18	100	100	57
<i>Øvrige kompleksiteter</i>						
Hjemløshed	<1	1	3	7	10	100
Ubetinget fængselsstraf	<1	<1	1	1	4	5
Misbrugsrelateret fysisk lidelse	1	2	2	11	8	11
Øvrige kompleksiteter i alt	1	3	5	17	18	100
<hr/>						
Antal personer (kvinder, 18-79 år)	2.046.944	116.449	30.560	20.485	11.351	3.639
Andel af alle 18-79-årige kvinder	100,0	5,7	1,5	1,0	0,6	0,2

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Som tabel 4.1 og 4.2 viser, er der således et betydeligt sammenfald mellem de forskellige dimensioner af den sociale udsathed. Især viser opgørelserne, at en stor gruppe af personer med en psykisk lidelse samtidig har et stof- eller alkoholmisbrug. Det fremgår endvidere, at der særligt er en gruppe af borgere med et misbrug, der samtidig oplever en række øvrige sociale og helbreds-mæssige kompleksiteter i deres livssituation. Denne multidimensionalitet tager vi højde for, når vi i det følgende afsnit anvender de enkelte dimensioner af udsathed til at afgrænse en række udsatte grupper med forskellige profiler.

4.2 Definition af de socialt udsatte grupper

Vi anvender i rapportens analyser som nævnt en definition af socialt udsatte grupper, der tager udgangspunkt i den sociale udsathedes multidimensionalitet, og at social udsathed skal forstås ud fra et kontinuum af forskellige grader af kompleksitet. Ud fra de registerbaserede indikatorer foretager vi en inddeling i en række forskellige udsatte grupper ud fra en større og mindre grad af kompleksitet, som vi anvender i de efterfølgende analyser af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser (kapitel 5) og de økonomiske udgifter forbundet hermed (kapitel 6).

Vi anvender som nævnt de fem indikatorer – moderate psykiske lidelser, svære psykiske lidelser, alkoholmisbrug, stofmisbrug og hjemløshed – til at afgrænse den samlede gruppe af borgere, som indgår i rapportens analyser. Disse fem indikatorer udgør analysens primære indikatorer på udsathed, og alle borgere, som er registreret på én eller flere af disse fem indikatorer over en 5-årig måleperiode fra 2010 til 2014, udgør undersøgelsens analysepopulation. I tillæg hertil inddrager vi,

som tidligere beskrevet, to yderligere indikatorer – om man har haft et fængselsophold, og om man har en misbrugsrelateret fysisk lidelse. Disse to indikatorer udgør således sekundære indikatorer, der bidrager til at identificere kompleksiteten i udsathed, men de sekundære indikatorer tæller kun med i afgrænsningen af de udsatte grupper, når de optræder sammen med en eller flere af de primære indikatorer.

Figur 4.5 er en grafisk illustration af overlappet mellem psykiske lidelser (moderate og svære lidelser under ét), misbrug (alkohol- og stofmisbrug under ét) og hjemløshed samlet for mænd og kvinder i alderen 18-79 år. Figuren er opdelt i tre underfigurer. Underfigur A viser det store overlap mellem disse tre dimensioner, hvor næsten halvdelen af de borgere, der har et misbrug, også har en psykisk lidelse. Vi ser ligeledes, hvordan de fleste borgere, der er registreret som hjemløse, også har en psykisk lidelse eller et misbrug.

I underfigur B introduceres et ekstra lag, idet vi inkluderer de to sekundære indikatorer, en ubetinget fængselsstraf og en misbrugsrelateret fysisk lidelse, som vi, sammen med indikatoren for hjemløshed, betegner som "øvrige kompleksiteter" i figuren. Underfigur B viser, at der, særligt blandt borgere med et misbrug, er mange, der også har mindst én af disse øvrige kompleksiteter.

Underfigur C i figur 4.5 illustrerer opdelingen i de otte grupper for social udsathed. Grupperne fremgår også i tabel 4.3. De otte udsatte grupper er dannet således, at hver person kun kan tilhøre én gruppe, og grupperne er opgjort "hierarkisk" i forhold til hinanden i forhold til rækkefølgen i tabellen og er således gensidigt udelukkende. I de tilfælde, hvor en person lever op til kriterierne for flere grupper, tilhører personen den gruppe, som er beskrevet øverst i tabellen. Grupperne er derfor rangeret fra gruppe 8 (den mest komplekse gruppe) til gruppe 1 (borgere med en moderat psykisk lidelse).

Gruppe 8 udgøres af personer med den største grad af kompleksitet i udsathed. Dette er gruppen af personer, som samtidigt har en psykisk lidelse (moderat eller svær), et misbrug (alkohol- eller stofmisbrug) og mindst én øvrig kompleksitet (hjemløshed, ubetinget fængselsstraf eller en misbrugsrelateret fysisk lidelse). Gruppe 7 udgøres af personer, som har et misbrug og mindst én øvrig kompleksitet, men som ikke er registreret med en psykisk lidelse. Gruppe 6 udgøres af personer, som har en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug, men ikke en af de øvrige tre kompleksiteter. Gruppe 6, 7 og 8 er således de tre grupper, hvor udsathedens multidimensionalitet er mest fremtrædende. I definitionen af disse tre grupper kunne der også være foretaget en yderligere underopdeling med hensyn til typen af psykisk lidelse og typen af misbrug. For ikke at skabe en for kompleks opdeling af de udsatte grupper har vi prioriteret opdelingen i tabel 4.3, som bedst beskriver de overordnede profiler i udsathed.

De øvrige fem grupper udgøres af personer, som i vores definition af udsathed har været registreret på hver af de fem primære dimensioner uden samme høje grad af kompleksitet som gruppe 6-8. Gruppe 5 udgøres således af personer, som har været ramt af hjemløshed, men uden at være registreret som psykisk syge misbrugere eller øvrige misbrugere, da hjemløse borgere, der samtidig har et misbrug, således tilhører enten gruppe 7 eller 8. Gruppe 4 udgøres af personer med et stofmisbrug, gruppe 3 af personer med et alkoholmisbrug, gruppe 2 af personer med en svær psykisk lidelse, og gruppe 1 af personer med en moderat psykisk lidelse. Grupperne 3 og 4 er således de alkohol- og stofmisbrugere, der ikke samtidig er registreret med en psykisk lidelse og heller ikke er registreret med nogen af de øvrige kompleksiteter, der definerer den komplekse udsathed, det vil sige, at de hverken er registreret med hjemløshed, et fængselsophold eller en misbrugsrelateret fysisk lidelse. Tilsvarende udgør grupperne 1 og 2 dem med hhv. moderate og svære psykiske lidelser, men som ikke er registreret hverken med misbrugsproblemer eller hjemløshed. På den måde afspejler de otte grupper som helhed et kontinuum fra at være registreret på én

risikoindikator til den mest komplekse udsathed. Selvom grupperne således i en vis forstand repræsenterer et spænd fra en høj grad af kompleksitet i udsatheden til de grupper, der ikke har en sådan kompleksitet, målt ud fra registerdataene, skal det dog understreges, at rækkefølgen mellem grupperne ikke fuldt ud afspejler en sådan forskel i kompleksiteten eller en rangorden mellem, hvilke typer af problemer der er "størst" eller "mindst". Det gælder særligt, når vi sammenligner de første fem grupper, hvor der således ikke kan siges at være en rangorden i udsatheden i forhold til, om man fx har en svær psykisk lidelse eller et alkohol- eller stofmisbrug.

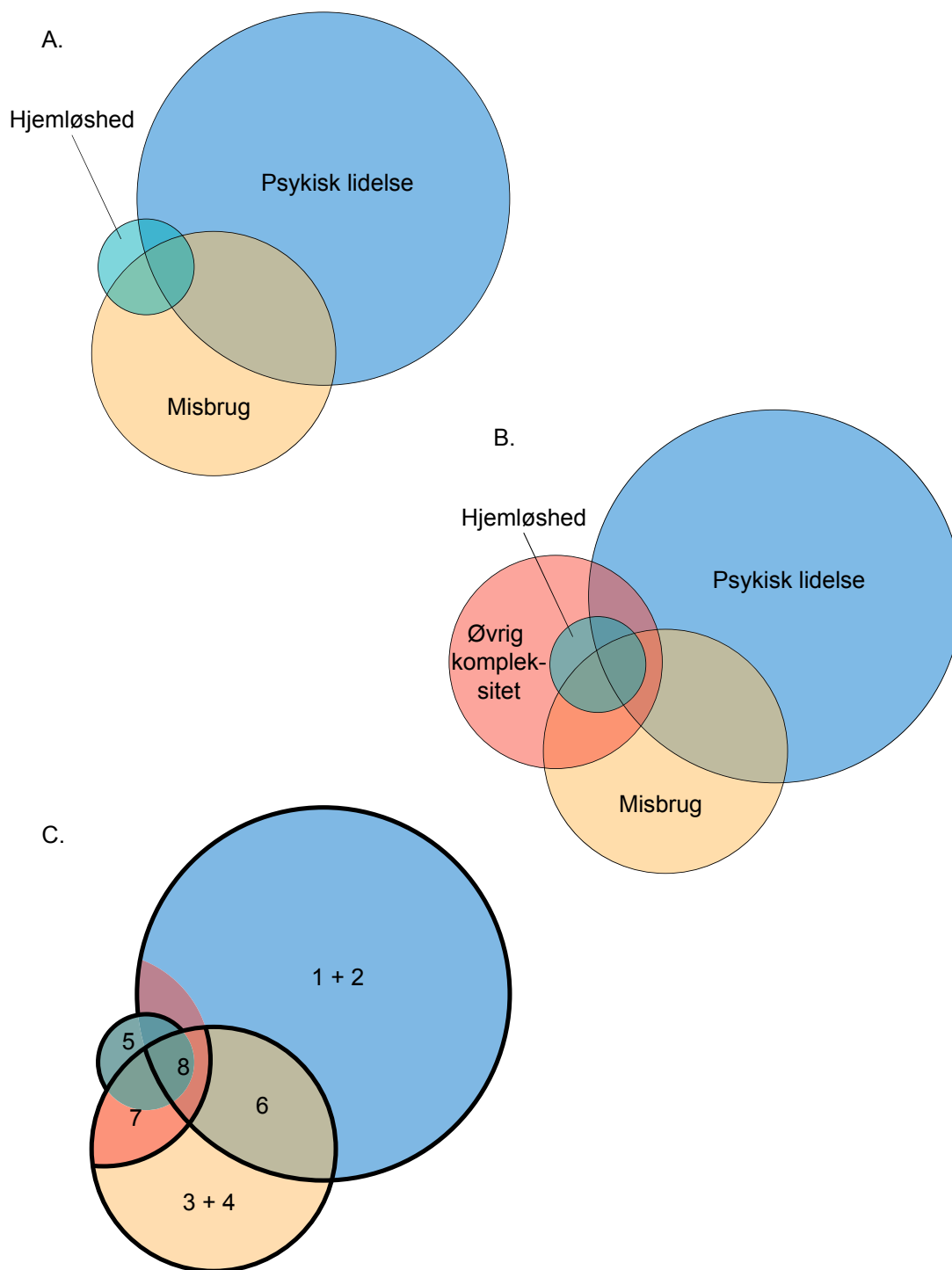
Den store andel af befolkningen, der hverken er registreret med en psykisk lidelse, et misbrug eller hjemløshed, betegner vi i analyserne generelt som "den øvrige befolkning", der i en del af rapportens analyser inddrages som en sammenligningsgruppe.

Tabel 4.3 Definition af de socialt udsatte grupper.

Gruppe	Definition
8. Psykisk lidelse med misbrug og kompleksitet	Personer med psykisk lidelse (moderat eller svær) og misbrug (alkohol eller stof) og øvrig kompleksitet (hjemløshed, ubetinget fængselsstraf eller misbrugsrelateret fysisk lidelse)
7. Misbrug med kompleksitet	Personer med misbrug (alkohol eller stof) og øvrig kompleksitet (hjemløshed, ubetinget fængselsstraf eller misbrugsrelateret fysisk lidelse)
6. Psykisk lidelse med misbrug	Personer med psykisk lidelse (moderat eller svær) og misbrug (alkohol eller stof)
5. Hjemløshed	Øvrige personer, der har været ramt af hjemløshed
4. Stofmisbrug	Øvrige personer med stofmisbrug
3. Alkoholmisbrug	Øvrige personer med alkoholmisbrug
2. Svær psykisk lidelse	Øvrige personer med svær psykisk lidelse
1. Moderat psykisk lidelse	Øvrige personer med moderat psykisk lidelse
Den øvrige befolkning	Personer, der ikke har en psykisk lidelse, et misbrug eller har været ramt af hjemløshed

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 4.5 Sammenhæng mellem psykisk lidelse, misbrug og øvrig kompleksitet, målt i perioden 2010-2014. 18-79-årige i 2014.



Anm.: Øvrig kompleksitet betyder, at personen er registreret med enten hjemløshed, et fængselsophold eller specifikke fysiske lidelser. Numrene i figur C henviser til de otte udsatte grupper, som defineres ud fra indikatorerne.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

4.3 Omfang og sammensætning af de socialt udsatte grupper

Formålet med dette afsnit er at give et overblik over omfanget og karakteren af den sociale udsathed. Til det formål benyttes inddelingen i de udsatte grupper, som blev præsenteret i afsnit 4.2. Afsnittet viser også, hvordan de otte grupper af udsatte borgere fordeler sig på hver af de enkelte indikatorer, som de er dannet på baggrund af.

Tabel 4.4 viser antallet af personer i de otte udsatte grupper i 2014, og tabel 4.5 viser den andel, som disse grupper udgør af den samlede danske befolkning mellem 18 og 79 år. De otte udsatte grupper udgør i alt ca. 282.000 personer, hvilket svarer til 6,9 pct. af den samlede danske befolkning i alderen 18-79 år. De to mest komplekse grupper af udsatte (gruppe 7 og 8) udgør i alt ca. 22.000 personer, svarende til 0,5 pct. af befolkningen mellem 18 og 79 år. Det er ca. 9.000 personer (0,2 pct.), der tilhører gruppen med psykisk lidelse, misbrug og øvrig kompleksitet, mens ca. 13.000 (0,3 pct.) tilhører gruppen med misbrug og øvrig kompleksitet. Der er yderligere 30.000 personer, svarende til 0,7 pct., der både har en psykisk lidelse og et misbrug (gruppe 6), men som ikke har de yderligere kompleksiteter, der kendetegner gruppe 8. Der er 1 pct. af befolkningen, der tilhører gruppen med svær psykisk lidelse, 0,7 pct. tilhører gruppen med alkoholmisbrug, 0,3 pct. tilhører gruppen med stofmisbrug, og 0,1 pct. tilhører gruppen med hjemløshed, hvori således ikke indgår personer med komplekse problemer.

Tabel 4.4 Antal personer i hver af de socialt udsatte grupper. I alt og særskilt for aldersgrupper og køn. 2014. Antal.

	Den øvrige befolkning	1-8 Udsatte grupper i alt	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>										
18-39 år	1.283.860	126.978	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
40-59 år	1.419.862	103.695	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
60-79 år	1.091.582	50.943	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081
I alt	3.795.304	281.616	139.645	41.245	29.786	13.308	5.602	30.174	12.818	9.038
<i>Mænd</i>										
18-39 år	655.885	58.753	25.303	6.923	2.837	7.059	1.574	8.562	3.226	3.269
40-59 år	710.604	52.750	16.918	6.611	10.076	2.585	1.913	6.863	4.973	2.811
60-79 år	526.921	25.063	7.415	3.020	8.332	440	535	2.533	2.107	681
I alt	1.893.410	136.566	49.636	16.554	21.245	10.084	4.022	17.958	10.306	6.761
<i>Kvinder</i>										
18-39 år	627.975	68.225	46.444	11.926	950	1.858	818	5.104	352	773
40-59 år	709.258	50.945	30.382	8.057	3.862	1.002	618	4.597	1.323	1.104
60-79 år	564.661	25.880	13.183	4.708	3.729	364	144	2.515	837	400
I alt	1.901.894	145.050	90.009	24.691	8.541	3.224	1.580	12.216	2.512	2.277

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 4.5 Andelen af befolkningen i hver af de socialt udsatte grupper. I alt og særskilt for aldersgrupper og køn. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1-8 Udsatte grupper i alt	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>										
18-39 år	91,00	9,00	5,09	1,34	0,27	0,63	0,17	0,97	0,25	0,29
40-59 år	93,19	6,81	3,10	0,96	0,91	0,24	0,17	0,75	0,41	0,26
60-79 år	95,54	4,46	1,80	0,68	1,06	0,07	0,06	0,44	0,26	0,09
I alt	93,09	6,91	3,43	1,01	0,73	0,33	0,14	0,74	0,31	0,22
<i>Mænd</i>										
18-39 år	91,78	8,22	3,54	0,97	0,40	0,99	0,22	1,20	0,45	0,46
40-59 år	93,09	6,91	2,22	0,87	1,32	0,34	0,25	0,90	0,65	0,37
60-79 år	95,46	4,54	1,34	0,55	1,51	0,08	0,10	0,46	0,38	0,12
I alt	93,27	6,73	2,45	0,82	1,05	0,50	0,20	0,88	0,51	0,33
<i>Kvinder</i>										
18-39 år	90,20	9,80	6,67	1,71	0,14	0,27	0,12	0,73	0,05	0,11
40-59 år	93,30	6,70	4,00	1,06	0,51	0,13	0,08	0,60	0,17	0,15
60-79 år	95,62	4,38	2,23	0,80	0,63	0,06	0,02	0,43	0,14	0,07
I alt	92,91	7,09	4,40	1,21	0,42	0,16	0,08	0,60	0,12	0,11

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Halvdelen af personerne i de otte grupper kommer fra gruppen med moderat psykisk lidelse, der udgør 3,4 pct. af befolkningen. Når vi i de videre analyser medtager denne gruppe, er det bl.a. for at kunne beskrive hele kontinuummet fra en lav grad af kompleksitet til den høje grad af kompleksitet i udsathed, der kendetegner de mest udsatte grupper (gruppe 7 og 8). Samtidig viser de videre analyser, at der også til denne gruppe med moderate psykiske lidelser knytter sig et forbrug af forskellige ydelser og indsatser, der er væsentligt højere end i den øvrige befolkning. Når vi således beskriver udgifterne ved social udsathed, er det derfor vigtigt at kunne beskrive hele dette kontinuum.

Nogenlunde lige mange mænd (6,7 pct.) og kvinder (7,1 pct.) i alderen 18-79 år tilhører en af de udsatte grupper. Der er imidlertid betydelige forskelle mellem kvinder og mænd med hensyn til, hvilke udsatte grupper der er mest fremtrædende. Blandt kvinder, defineret som socialt udsatte, udgør grupperne med moderat eller svær psykisk lidelse 80 pct., mens dette er tilfældet for knap halvdelen af de udsatte mænd. Blandt mænd er der således en større variation i typen af udsathed, og der er særligt flere mænd end kvinder, som har et stofmisbrug eller har været ramt af hjemløshed, og flere mænd, som tilhører en af de mest komplekse grupper.

Ud fra den registerbaserede definition er den sociale udsathed størst blandt de yngre aldersgrupper. 9 pct. af de 18-39-årige tilhører således en af de udsatte grupper, sammenlignet med 6,8 pct. af de 40-59-årige og 4,5 pct. af de 60-79-årige. Dette skyldes til dels, at der er flere unge i grupperne med moderat eller svær psykisk lidelse, men også, at der er flere unge i grupperne med stofmisbrug, med psykisk lidelse og misbrug og med psykisk lidelse, misbrug og øvrig kompleksitet. Den eneste gruppe, der er større i de ældste aldersgrupper, er gruppen med et alkoholmisbrug, som er langt større blandt de 40-59-årige og 60-79-årige end blandt de 18-39-årige. Derud-

over er gruppen med misbrug og øvrig kompleksitet (gruppe 7) nogenlunde stabil over aldersgrupperne, og den er størst blandt de 40-59-årige. Det afspejler, at vi i denne gruppe både finder en betydelig gruppe af midaldrende opiatmisbrugere og en del alkoholmisbrugere med hjemløshed eller fysiske lidelser, og som vi også typisk finder i den midaldrende aldersgruppe. Den lavere andel i de udsatte grupper i den ældste aldersgruppe hænger også sammen med en højere dødelighed i de udsatte grupper, der således ofte dør i en tidligere alder end i den øvrige befolkning.

Tabel 4.6 viser, hvordan de enkelte udsatte grupper kan beskrives ved hjælp af deres fordelinger på de enkelte risikoindikatorer. Fordelingen i denne tabel afspejler således først og fremmest, hvordan grupperne er defineret, og viser, hvorledes profilerne for grupperne med den største grad af kompleksitet er forskellige på tværs af aldersgrupper, hvilket bl.a. afspejler forskelle i, hvilken type af misbrug der er mest dominerende i forskellige aldersgrupper.

For gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) er der forskel på gruppens profil på tværs af de tre aldersgrupper. Dette afspejler udsathedens karakter i forskellige livsfaser og i forskellige generationer. Alle i denne gruppe er karakteriserede ved at have både en psykisk lidelse, et misbrug og mindst en af de øvrige kompleksiteter (hjemløshed, fængselsophold eller en misbrugsrelateret fysisk lidelse). Der er imidlertid forskel på typen af misbruget og typen af den øvrige kompleksitet i forskellige aldersgrupper. Blandt de 18-39-årige i gruppe 8 er de fleste stofmisbrugere (88 pct.), mens en del også har et misbrug af alkohol (39 pct.). Blandt de 40-59-årige i gruppen er billedet imidlertid vendt, så 51 pct. har et stofmisbrug, og 78 pct. har et alkoholmisbrug. Blandt de 60-79-årige i gruppe 8 har langt de fleste et alkoholmisbrug (92 pct.). På samme måde er der en forskel på typen af øvrig kompleksitet i gruppe 8, når vi sammenligner de tre aldersgrupper. Blandt de yngste i gruppe 8 har de fleste en ubetinget fængselsstraf (55 pct.) eller har været ramt af hjemløshed (51 pct.), mens kun få har en fysisk, misbrugsrelateret lidelse (13 pct.). I de ældre aldersgrupper fylder ubetinget fængselsstraf mindre, idet 22 pct. af de 40-59-årige og 3 pct. af de 60-79-årige i gruppe 8 har en ubetinget fængselsstraf. I de ældre aldersgrupper er det i stedet de misbrugsrelaterede fysiske lidelser, der hyppigst optræder som en øvrig kompleksitet, idet 42 pct. af de 40-59-årige og 71 pct. af de 60-79-årige i gruppe 8 har en misbrugsrelateret fysisk lidelse. Det er således udtryk for, at mange af de svært udsatte psykisk syge misbrugere også udvikler alvorlige fysiske helbredsproblemer, når de kommer op i alderen.

Gruppen af misbrugere med komplekse problemer i gruppe 7 ligner borgerne i gruppe 8, men adskiller sig på det væsentlige punkt, at de ikke er diagnosticeret med en psykisk lidelse. Forskellene i misbrug og øvrig kompleksitet på tværs af aldersgrupper i gruppe 7 er meget tilsvarende forskellene i gruppe 8 ved, at det i højere grad er stofmisbrug, hjemløshed og fængselsdomme, der karakteriserer de yngre aldersgrupper, mens det særligt er alkoholmisbrug og fysiske lidelser, der kendetegner den ældre del af gruppe 7. Gruppe 6 består af personer med en psykisk lidelse og et misbrug, men som ikke er registreret med de øvrige kompleksiteter, der indgår i opdelingen. Også her er de 18-39-årige primært stofmisbrugere, mens de ældre aldersgrupper i højere grad er karakteriseret ved et alkoholmisbrug i kombination med en psykisk lidelse.

Borgere i gruppe 5 er karakteriseret ved, at de har oplevet hjemløshed, men at de ikke er registreret med et misbrug og derfor ikke indgår i gruppe 7 eller 8. En del af de hjemløse borgere i gruppe 5 har dog en psykisk lidelse. Gruppen af stofmisbrugere (gruppe 4) består af de personer, som har et stofmisbrug, men som ikke samtidig har en psykisk lidelse eller en øvrig kompleksitet. En del af personerne med et stofmisbrug i gruppe 4 har også et sideløbende misbrug af alkohol, hvilket især er tilfældet for de 40-59-årige (35 pct.) og de 60-79-årige (38 pct.). Gruppen af alkoholmisbrugere (gruppe 3) består af de personer med et alkoholmisbrug, som ikke opfylder kriterierne for at tilhøre grupperne 4-8. Der er således ingen i gruppe 3, der er registreret med et stofmisbrug, en psykisk

lidelse eller en øvrig kompleksitet. Gruppen af personer med svær psykisk lidelse (gruppe 2) består af borgere med en svær psykisk lidelse, hvoraf en del også har en moderat psykisk lidelse, mens gruppe 1 består af personer, der udelukkende har en moderat psykisk lidelse.

Den øvrige befolkning udgøres af den store gruppe af borgere, som ikke opfylder kriterierne for at tilhøre gruppe 1-8. Det vil med andre ord sige borgere, som hverken er registreret med en psykisk lidelse, et misbrug eller hjemløshed. Enkelte i den øvrige befolkning (ca. 1 pct.) har en ubetinget fængselsstraf eller en af de nævnte fysiske lidelser, men at være registreret på en af disse indikatorer opfylder ikke i sig selv kriterierne for at tilhøre en af de udsatte grupper. Forekomsten af disse fysiske lidelser i den øvrige befolkning kan relatere sig til tidligere misbrugsproblemer, som ikke er registreret i måleperioden mellem 2010 og 2014, ligesom nogle af lidelserne (fx hepatitis og HIV) også kan ramme andre grupper end misbrugere.

Tabel 4.6 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der er registreret på de enkelte indikatorer, målt 2010-2014. Særskilt for aldersgrupper, opgjort i 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Moderat psykisk lidelse	0	100	60	0	0	30	84	0	89
Svær psykisk lidelse	0	0	100	0	0	15	43	0	37
Alkoholmisbrug	0	0	0	100	11	0	38	35	39
Stofmisbrug	0	0	0	0	100	0	78	82	88
Hjemløshed	0	0	0	0	0	100	0	35	51
Ubetinget fængselsstraf	1	2	1	0	0	13	0	70	55
Misbrugsrel. fysisk lidelse	<1	1	1	0	0	1	0	12	13
<i>40-59 år</i>									
Moderat psykisk lidelse	0	100	37	0	0	20	79	0	83
Svær psykisk lidelse	0	0	100	0	0	12	40	0	37
Alkoholmisbrug	0	0	0	100	35	0	80	77	78
Stofmisbrug	0	0	0	0	100	0	36	38	51
Hjemløshed	0	0	0	0	0	100	0	42	56
Ubetinget fængselsstraf	<1	1	<1	0	0	7	0	23	22
Misbrugsrel. fysisk lidelse	1	2	2	0	0	4	0	53	42
<i>60-79 år</i>									
Moderat psykisk lidelse	0	100	28	0	0	11	82	0	86
Svær psykisk lidelse	0	0	100	0	0	12	30	0	28
Alkoholmisbrug	0	0	0	100	38	0	88	95	92
Stofmisbrug	0	0	0	0	100	0	21	9	23
Hjemløshed	0	0	0	0	0	100	0	20	32
Ubetinget fængselsstraf	<1	<1	<1	0	0	3	0	3	3
Misbrugsrel. fysisk lidelse	1	3	2	0	0	5	0	82	71

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

4.4 Udviklingen i udsathed

I dette afsnit ser vi på udviklingen over tid i omfanget og karakteren af den sociale udsathed, der indfanges af registrene. Vi sammenligner det billede, der tegner sig i 2014 (baseret på risikoindikatorer, målt fra 2010-2014), med tilsvarende opgørelser for 2009 (målt fra 2005 til 2009) og 2004 (målt fra 2000 til 2004).

Figur 4.6 illustrerer udviklingen i de fem enkeltindikatorer – moderate og svære psykiske lidelser, alkohol- og stofmisbrug samt hjemløshed for hhv. mænd og kvinder og særskilt for alder. For både mænd og kvinder fremgår det af figuren, at der i løbet af perioden er sket en markant stigning i andelen, der er registreret med en psykisk lidelse, især for de yngre aldersgrupper. Blandt de 18-29-årige mænd og kvinder er der sket en fordobling af andelen, der er registreret med en moderat psykisk lidelse – en stigning fra 3 pct. til 6 pct. for yngre mænd og en stigning fra 5 pct. til 10 pct. for yngre kvinder. Andelen, der er registreret med en svær psykisk lidelse, er også steget for begge køn, især blandt yngre kvinder, hvor andelen er mere end fordoblet.

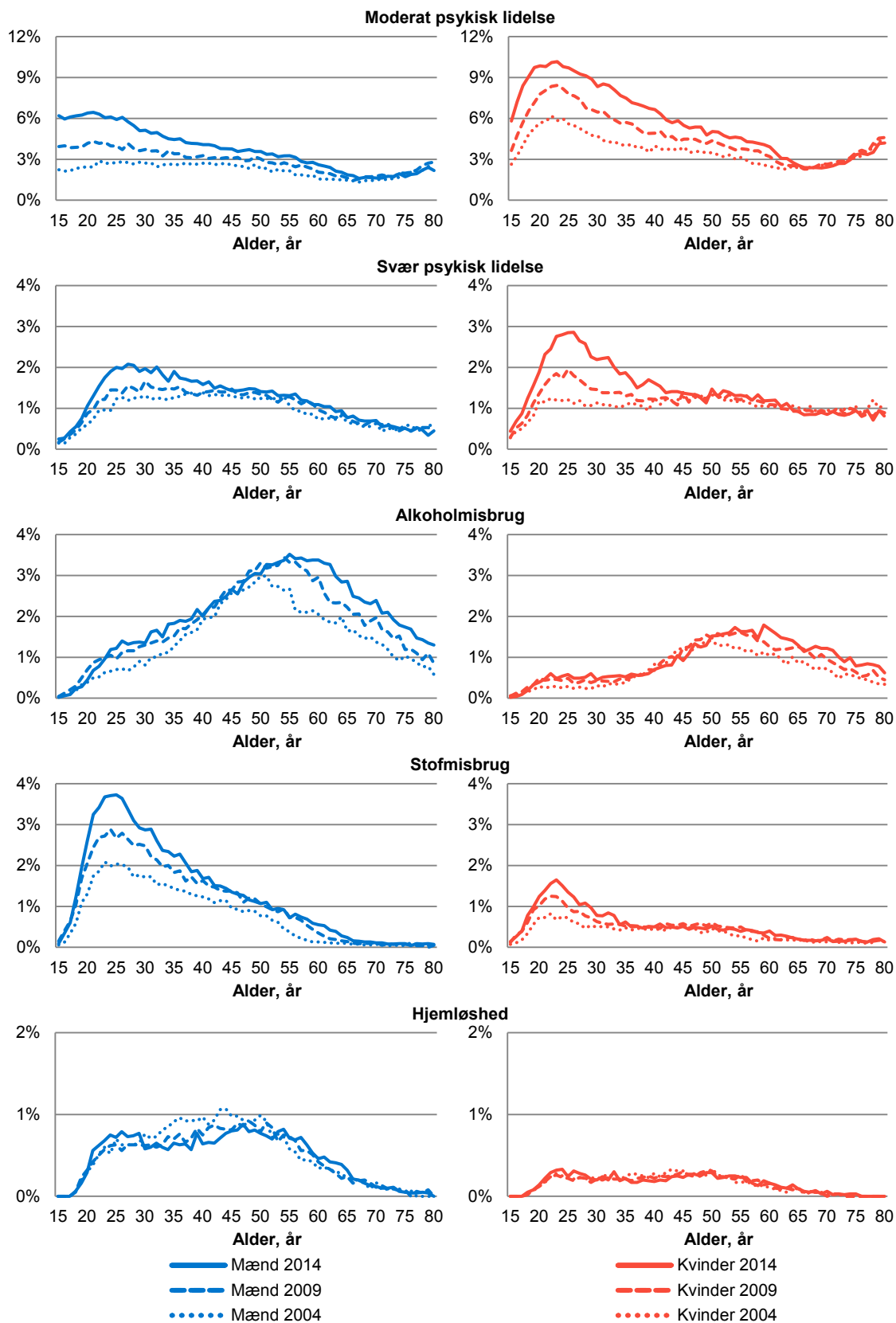
Stigningen i andelen med psykiatriske diagnoser kan skyldes en kombination af en reel stigning i antallet af personer med en psykisk lidelse og en øget opmærksomhed på udredning og diagnosticering. Ligeledes er der kommet mere opmærksomhed på bestemte lidelser som fx ADHD og angstlidelser. Stigningen i andelen med psykiatriske diagnoser er dog meget kraftig, særligt blandt de unge, og det er tvivlsomt, at et øget fokus på udredning og diagnosticering kan forklare hele stigningen. Andre undersøgelser har peget på, at det stigende antal unge, der rammes af psykiske lidelser, kan hænge sammen med det konkurrencepres, der påhviler de unge i samfundet i dag, fx i forhold til uddannelse og forventninger fra omgivelserne (Juul, 2015; Katznelson m.fl., 2015).

For alkoholmisbruget er den mest bemærkelsesværdige ændring fra 2004 til 2014, at der er blevet flere i aldersgrupperne fra ca. 50 år og opefter, som er blevet registreret med et alkoholmisbrug. Det skyldes tilsyneladende en generationseffekt. I 2004 toppede andelen af alkoholmisbrugere således omkring 50-års-alderen, i 2009 omkring 55-års-alderen og i 2014 omkring 60-års-alderen.

Stofmisbrug er derimod primært et problem i de yngre aldersgrupper, og her har der været en markant stigning i andelen, der er registreret med et stofmisbrug. Der er således sket en fordobling fra 1,5 pct. til 3 pct. blandt mænd og fra 0,5 pct. til 1 pct. blandt kvinder i alderen 18-29 år, som er registreret med et stofmisbrug. Analyser, som ikke er afbildet her, viser, at stigningen primært skyldes, at der registreres flere unge med et hashmisbrug, men samtidig er der også flere, der registreres med et misbrug af hårdere stoffer, hvilket særligt afspejler et stigende misbrug af kokaïn og amfetamin blandt unge (se Amilon m.fl., 2016). Ligesom stigningen i andelen med psykiatriske diagnoser kan der også for andelen med misbrugsproblemer være tale om en kombination af en reel stigning og en stigende grad af diagnosticering, det vil sige, at mørketallet mindskes.

Hjemløshed er det af de fem mål, som viser færrest udsving over perioden fra 2004 til 2014. Ved alle tre nedslagspunkter er det ca. 0,6 pct. af mændene og 0,2 pct. af kvinderne i alderen 18-79 år, der har oplevet hjemløshed inden for de seneste 5 år. Her skal der dog særligt gøres opmærksom på, at hjemløshed i denne registerbaserede undersøgelse måles ved, at man har været indskrevet på et herberg for hjemløse (§ 110-boformer). Det skyldes, at ophold på herberger er den eneste form for hjemløshed, der løbende registreres året rundt, hvilket er en nødvendighed for at kunne indgå i denne form for registerbaserede analyser. De nationale kortlægninger af hjemløshed har generelt vist, at også hjemløsheden har været stigende gennem de senere år, og at det særligt er gruppen af "sofasovere", der er i stigning (Benjaminsen, 2017). Det afspejler bl.a., at flere unge bliver hjemløse, og at de hjemløse unge i langt højere grad overnatter hos familie, venner og bekendte end de midaldrende og ældre hjemløse, der i højere grad overnatter på herberg.

Figur 4.6 Andelen af personer med de enkelte risikoindikatorer, målt i 5-årsperioder op til 2014, 2009 og 2004. Særskilt for køn og alder. Procent.



Anm.: Moderat psykisk lidelse og hjemløshed er målt på en anden skala end de øvrige fire indikatorer.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

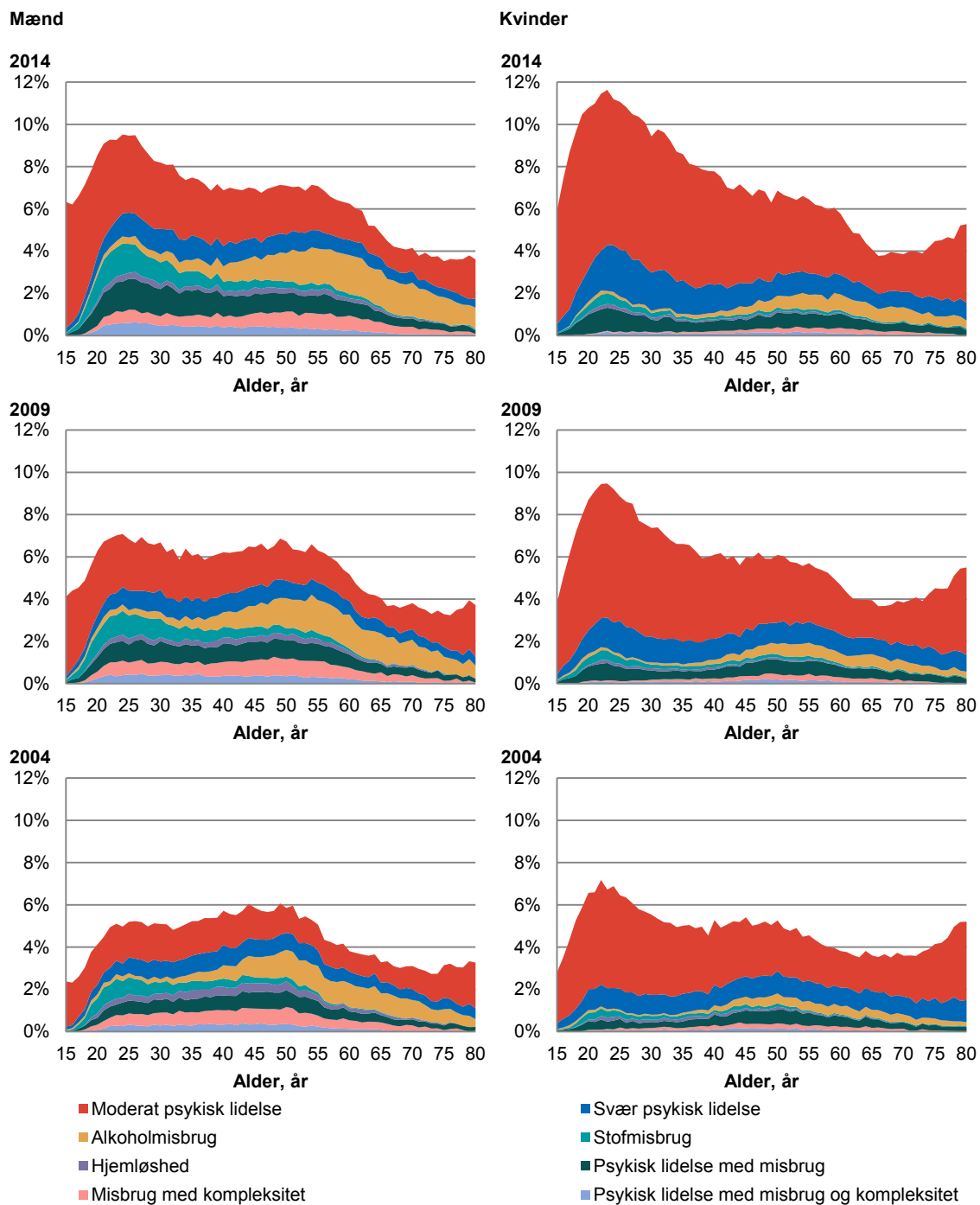
Figur 4.7 viser, hvilken betydning udviklingen i de enkelte risikoindikatorer har for udviklingen i de socialt udsatte grupper fra 2004 til 2014 for hhv. mænd og kvinder. Som følge af, at de udsatte grupper ud fra definitionen inkluderer alle personer, der er registreret på de enkelte indikatorer for psykiske lidelser, alkohol- og stofmisbrug og hjemløshed, er der, i tråd med den observerede stigning for indikatorerne, også sket en stigning i omfanget af de udsatte grupper. For både mænd og kvinder i alderen 18-79 år er der fra 2004 til 2014 sket en stigning i andelen af befolkningen, der er registreret på indikatorerne, på ca. 45 pct. Stigningen er særligt stor i de yngre aldersgrupper. Blandt 18-39-årige er der således fra 2004 til 2014 samlet set sket en stigning på ca. 65 pct. blandt mænd og 75 pct. blandt kvinder.

Stigningen skyldes, som illustreret i figur 4.7, først og fremmest en stigning i andelen af personer, der er registreret med psykiske lidelser, samt i andelen, der er registreret med et stofmisbrug. Dette udmønter sig i stigninger i andelen, der tilhører de udsatte grupper med moderat psykisk lidelse og svær psykisk lidelse samt gruppen med stofmisbrug, særligt i de yngre aldersgrupper.

For gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) er der over perioden fra 2004 til 2014 også sket en betydelig stigning i andelen. Stigningen har været særligt markant i de yngre aldersgrupper, og gruppen er næsten fordoblet blandt 18-39-årige mænd og kvinder fra 2004 til 2014.

Derimod er gruppen af øvrige misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) nogenlunde uændret i størrelse over samme periode. Det kan dog hænge sammen med, at flere misbrugere i dag registreres med psykiske lidelser og dermed i vores klassifikation vil indgå i gruppe 8. Det kan også spille ind, at gruppen af misbrugere med komplekse problemer primært består af midaldrende opiatmisbrugere samt af midaldrende og ældre alkoholmisbrugere med kroniske fysiske lidelser, og at disse gruppers andele ikke er steget i samme omfang, som det har været tilfældet for andre grupper som fx de unge med psykiske lidelser.

Figur 4.7 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper. Særskilt for køn og alder. 2014, 2009 og 2004. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

4.5 Sammenhængen mellem udsathed og andre sociale forhold

I dette afsnit beskriver vi de socialt udsatte grupper med hensyn til en række sociale baggrundsforhold. Vi viser, at den sociale udsathed ofte hænger sammen med andre risikofaktorer såsom arbejdsløshed og lavt uddannelsesniveau.

Tabel 4.7, 4.8 og 4.9 viser de udsatte grupper, fordelt efter en række baggrundsforhold for hhv. 18-39-årige, 40-59-årige og 60-79-årige. Det fremgår af tabellerne, at kvinder er overrepræsenterede i grupperne med moderat eller svær psykisk lidelse i alle aldersgrupper. I de øvrige udsatte grupper er der derimod en overrepræsentation af mænd, hvilket er særlig tydeligt blandt de unge i de to grupper med den mest komplekse udsathed (gruppe 7 og 8), hvor mere end 80 pct. er mænd. Det hænger sammen med, at både misbrugsproblemer, hjemløshed og fængselsdomme, der er med til at definere disse grupper, er mest udbredte blandt mænd.

Overordnet set ligner borgerne i de udsatte grupper borgerne i den øvrige befolkning med hensyn til etnisk baggrund. En undtagelse er gruppen af personer med hjemløshed (gruppe 5), hvor 33 pct. af de 18-39-årige og 25 pct. af de 40-59-årige er enten indvandrere eller efterkommere. Det er langt højere end andelen i den øvrige befolkning, hvor det er hhv. 13 og 9 pct. i disse to aldersgrupper, der er indvandrere eller efterkommere. Det skyldes bl.a., at en del af de hjemløse indgår i de to grupper med den mest komplekse udsathed (gruppe 7 og 8), samt at de hjemløse i gruppe 5 består af den del af de hjemløse, der har mindre komplekse problemer. De nationale hjemløsetællinger har vist, at der blandt hjemløse indvandrere og efterkommere er en lavere andel med psykiske lidelser og misbrugsproblemer end i gruppen af hjemløse med dansk baggrund, hvilket skyldes, at indvandrere og efterkommere i højere grad også bliver hjemløse af andre årsager, fx pga. en sårbar position på boligmarkedet (Benjaminsen, 2017). Det kan være med til at forklare, at det særligt er i gruppe 5, det vil sige gruppen af hjemløse borgere uden øvrig kompleksitet, at vi finder en højere andel med indvandrerbaggrund.

En anden undtagelse, når vi ser på den etniske baggrund, er blandt grupperne med moderate eller svære psykiske lidelser i aldersgruppen 40-59 år, hvor der er en høj andel af indvandrere med hhv. 19 og 15 pct. mod 9 pct. indvandrere i den øvrige befolkning i disse aldersgrupper. De yngste og de ældste aldersgrupper har derimod ikke samme overrepræsentation af indvandrere eller efterkommere blandt personer med moderate eller svære psykiske lidelser.

I de fleste af de udsatte grupper på tværs af alder er hovedparten enlige og bor uden hjemmeboende børn. Andelen, der bor sammen med en partner, er inden for de udsatte grupper højest i grupperne med moderat eller svær psykisk lidelse og i gruppen med alkoholmisbrug. Andelen, der bor alene, er derimod højest i de to mest komplekse udsatte grupper, hvor ca. 80 pct. af de 18-39-årige og 40-59-årige bor alene. Generelt er det lave andele, der har hjemmeboende børn, i de udsatte grupper. Mindre end 20 pct. af personerne i de udsatte grupper 4-8 i alderen 18-39 år og 40-59 år har hjemmeboende børn. Andelen er lavest i gruppe 8 med psykisk lidelse, misbrug og øvrig kompleksitet, hvor 7 pct. har hjemmeboende børn. Til sammenligning er det i den øvrige befolkning 39 pct. af de 18-39-årige og 54 pct. af de 40-59-årige, der har hjemmeboende børn.

Hovedparten af de udsatte grupperes forsørgelsesgrundlag stammer fra overførselsindkomster. Blandt de 18-39-årige er mange udsatte borgeres primære indkomstkilde kontanthjælp, mens flere af de 40-59-årige udsatte modtager førtidspension. Samtidig er der dog også en betydelig del af gruppen med moderate psykiske lidelser og gruppen med alkoholmisbrug, som er i beskæftigelse. Halvdelen af gruppen med alkoholmisbrug i alderen 18-39 år og 40-59 år er i beskæftigelse. Selv i grupperne med den mest komplekse udsathed er der en mindre gruppe, som er i beskæftigelse. Der er således en del i de udsatte grupper, som formår at være en del af arbejdsmarkedet på trods af problemer i andre livsdimensioner. Dette er en vigtig nuancering af graden af udsathed, som vi ser nærmere på i kapitel 7.

Borgerne i de udsatte grupper har et lavere uddannelsesniveau end i den øvrige befolkning. Dette er mest markant i de yngre aldersgrupper. Blandt de 18-39-årige har de fleste i de udsatte grupper således ikke gennemført en erhvervskompetencegivende uddannelse. Dette er særligt iøjnefal-

dende blandt de to mest komplekse udsatte grupper, hvor 3 ud af 4 ikke har anden uddannelse end grundskolen. Ser vi på de 40-59-årige, er der også en høj andel af de udsatte grupper, som ikke har videre uddannelse end grundskolen, men en del har alligevel en erhvervsfaglig uddannelse. Ser vi på den ældste aldersgruppe af 60-79-årige, er der derimod væsentligt mindre forskel i uddannelsesniveaet i de udsatte grupper, sammenlignet med den øvrige befolkning. Der er således næsten lige så mange i de udsatte grupper som i den øvrige befolkning, der har en erhvervsfaglig eller videregående uddannelse, selv blandt de mest komplekse grupper. Til at forklare dette uddannelsesmønster skal vi huske på, at de mest komplekse udsatte grupper i den ældste aldersgruppe har en anderledes profil i udsathed (se tabel 4.6). Hvor de yngre komplekse udsatte primært er kendetegnet ved stofmisbrug, hjemløshed og fængselsophold, så er de ældre primært kendetegnet ved alkoholmisbrug og misbrugsrelateret fysisk lidelse.

Tabel 4.7 Personer i alderen 18-39 år i hver af de socialt udsatte grupper, fordelt efter udvalgte baggrundsforhold. 2014. Procent.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkohol-misbrug	Stof-misbrug	Hjem-løshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Køn</i>									
Mand	51	35	37	75	79	66	63	90	81
Kvinde	49	65	63	25	21	34	37	10	19
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Etnicitet</i>									
Dansk herkomst	87	90	88	93	93	67	92	85	87
Indvandrere	9	7	8	5	5	27	5	11	9
Efterkommer	3	3	3	1	2	6	2	4	3
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Husstandstype</i>									
Bor alene uden børn	46	53	63	58	71	74	71	78	81
Bor alene med børn	4	9	8	6	4	8	5	2	2
Par uden børn	18	15	16	16	16	11	14	12	11
Par med børn	33	23	14	20	10	7	9	7	5
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Forsørgelsesgrundlag</i>									
Beskæftigede	62	36	16	53	37	13	20	19	10
Studerende	26	26	16	15	19	13	12	10	7
Ledige/sygedagpenge mv.	3	6	5	6	5	5	5	4	3
Kontanthjælp	3	19	33	15	23	45	38	42	51
Førtidspension	1	5	24	4	3	8	16	7	17
Øvrige ikke-beskæftigede	4	8	7	6	13	16	10	17	13
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Højeste fuldførte uddannelse</i>									
Videregående	29	17	11	13	4	2	4	1	1
Erhvervsfaglig	25	19	15	31	21	11	16	15	12
Gymnasial	18	15	16	11	9	5	9	2	3
Grundskole	23	45	54	40	64	70	67	74	77
Uoplyst	4	4	4	4	2	13	3	8	7
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 4.8 Personer i alderen 40-59 år i hver af de socialt udsatte grupper, fordelt efter udvalgte baggrundsforhold. 2014. Procent.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkohol-misbrug	Stof-misbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse m. misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Køn</i>									
Mand	50	36	45	72	72	76	60	79	72
Kvinde	50	64	55	28	28	24	40	21	28
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Etnicitet</i>									
Dansk herkomst	91	81	84	95	90	75	92	93	90
Indvandrere	9	19	15	5	9	25	7	7	9
Efterkommer	<1	<1	1	<1	1	<1	<1	<1	1
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Husstandstype</i>									
Bor alene uden børn	19	32	64	55	70	81	68	78	84
Bor alene med børn	8	14	8	7	7	6	7	3	3
Par uden børn	27	21	14	21	12	8	15	14	9
Par med børn	46	33	15	17	12	5	10	5	4
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Forsørgelsesgrundlag</i>									
Beskæftigede	84	45	16	49	25	13	22	14	8
Studerende	< 1	1	< 1	< 1	< 1	1	< 1	< 1	< 1
Ledige/sygedagpenge mv.	3	8	4	8	6	9	7	6	5
Kontanthjælp	4	21	13	18	30	43	22	35	33
Førtidspension	7	22	65	21	37	31	46	42	51
Øvrige ikke-beskæftigede	2	3	2	3	2	4	2	3	3
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Højeste fuldførte uddannelse</i>									
Videregående	33	25	19	16	9	5	15	6	9
Erhvervsfaglig	38	32	24	39	28	22	32	29	27
Gymnasial	5	4	8	4	3	3	5	3	3
Grundskole	18	23	35	35	49	41	39	50	49
Uoplyst	7	16	14	7	12	30	8	12	12
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 4.9 Personer i alderen 60-79 år i hver af de socialt udsatte grupper, fordelt efter udvalgte baggrundsforhold. 2014. Procent.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkohol-misbrug	Stof-misbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse m. misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Køn</i>									
Mand	48	36	39	69	55	79	50	72	63
Kvinde	52	64	61	31	45	21	50	28	37
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Etnicitet</i>									
Dansk herkomst	95	93	93	96	93	87	95	95	95
Indvandrere	5	7	7	4	7	13	4	4	5
Efterkommer	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Husstandstype</i>									
Bor alene uden børn	31	49	73	58	67	89	70	67	77
Bor alene med børn	<1	1	<1	<1	<1	1	<1	1	<1
Par uden børn	67	49	26	40	31	10	29	32	22
Par med børn	2	2	1	1	1	<1	1	1	1
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Forsørgelsesgrundlag</i>									
Beskæftigede	23	11	3	12	8	5	7	5	4
Studerende	< 1	< 1	0	< 1	0	< 1	0	0	0
Ledige/sygedagpenge mv.	1	1	< 1	1	1	3	1	2	1
Kontanthjælp	1	2	1	3	4	16	3	6	6
Førtidspension	5	14	30	14	35	28	25	27	34
Folkepension/efterløn	70	70	65	68	50	46	61	58	53
Øvrige ikke-beskæftigede	1	1	1	2	1	2	2	2	2
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Højeste fuldførte uddannelse</i>									
Videregående	24	21	21	22	14	10	23	17	21
Erhvervsfaglig	39	34	27	40	31	30	36	42	36
Gymnasial	2	2	4	3	2	5	4	3	4
Grundskole	32	37	41	31	46	40	34	33	33
Uoplyst	4	6	6	4	7	15	4	5	5
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

4.6 Sammenfatning

I dette kapitel har vi tegnet en profil af de otte analysegrupper, som vi anvender i rapportens øvrige kapitler og som beskriver et kontinuum af udsathed. Definitionen og afgrænsningen af de udsatte grupper tager udgangspunkt i en multidimensionel forståelse af social udsathed. I de otte grupper tilsammen indgår alle de borgere, der er blevet registreret med en svær psykisk lidelse, en moderat psykisk lidelse, stofmisbrug, alkoholmisbrug eller hjemløshed i løbet af en 5-årig periode fra 2010 til 2014. Det er i alt ca. 280.000 personer mellem 18 og 79 år, der i løbet af den 5-årige periode er registreret på mindst en af disse fem indikatorer. Dernæst har vi, ud fra samspillet mellem de fem indikatorer samt to supplerende indikatorer (ubetinget fængselsstraf eller misbrugsrelateret kronisk fysisk lidelse), defineret otte forskellige grupper med en større eller mindre grad af kompleksitet i udsathed.

Ud af de otte grupper i alt er der to grupper, som vi benævner som udsatte grupper med komplekse problemer. Det er grupper af psykiske syge misbrugere eller øvrige misbrugere, der samtidig enten har været ramt af hjemløshed, har haft et fængselsophold eller har en kronisk fysisk lidelse. Disse to grupper med komplekse problemer udgør ca. 22.000 personer. Ud over disse to grupper indgår yderligere seks grupper, der er registreret på mindst en af de fem indikatorer. Undersøgelsens definition af de socialt udsatte grupper er således en bredere afgrænsning, end vi sædvanligvis forstår ved social udsathed, og inkluderer både borgere med komplekse sociale og helbredsmæssige problemer og borgere fra en bredere gruppe, som vi i tidligere undersøgelser fra samme forfatterkreds har betegnet som "risikogruppen" (Benjaminsen m.fl., 2017). Som vi skal se i rapportens øvrige analyser, er der imidlertid i alle de otte analysegrupper et væsentligt højere forbrug af en række indsatser og ydelser end i den øvrige befolkning.

5 Brug af velfærdssystemets indsatser blandt de socialt udsatte grupper

Formålet med dette kapitel er at kortlægge udsatte gruppers brug af indsatser og ydelser i velfærdssystemet. Kortlægningen omfatter en række kerneområder, som udsatte borgere typisk kommer i kontakt med, såsom sociale ydelser og behandlingsydelser i sundhedssystemet. Kapitlet tager udgangspunkt i de otte grupper af udsatte borgere, som blev identificeret i kapitel 4 på baggrund af registeroplysninger, og undersøger forskelle i gruppernes brug af velfærdssystemet.

Ved at skabe et samlet overblik over omfanget og karakteren af udsatte borgeres brug af indsatser og ydelser viser kapitlet, hvor der kan være potentialer for at forbedre og optimere indsatserne for de udsatte grupper. I forbindelse med analyser af borgernes brug af velfærdsydelser må man imidlertid være opmærksom på, at det ikke nødvendigvis er entydigt godt eller dårligt, at en borger benytter en bestemt type af ydelse meget eller lidt. Ligeledes er det ikke nødvendigvis et succes-kriterium, at det samlede omfang af brugen af de enkelte ydelser og indsatser er enten stort eller lille. Fx er et højt forbrug af nogle typer af ydelser som herbergsophold eller psykiatriske indlæggelser primært udtryk for, at borgeren akut befinder sig i en vanskelig livssituation, mens et lavt forbrug af andre ydelser, fx visse typer af sociale støtteindsatser, kan være udtryk for, at borgere-ns støttebehov ikke dækkes i tilstrækkeligt omfang. De forskellige indsatser må således ses i et samlet hele i relation til deres målgrupper. Et væsentligt formål med analyserne af brugen af de forskellige ydelser er at kaste lys over velfærdssystemets samlede funktionsevne over for de udsatte grupper og de ressourcemæssige aspekter, der er forbundet hermed. Det gælder ikke mindst samspillet mellem de sociale og de behandlingsmæssige indsatser. De sociale indsatser under serviceloven udgør i den sammenhæng den individuelle og håndholdte sociale og praktiske støtte, der kan være med til at skabe helhed og sammenhæng i indsatsen og være med til at forbedre borgerens situation og forebygge yderligere marginalisering. En professionaliseret indsats kan i den sammenhæng også generere et større træk på nogle typer af ydelser, fordi opsporing og visitering er mere effektiv, og indsatser og behandlinger sættes i værk, men samtidig kan der på langt sigt være tale om en samfundsmæssig god investering, hvis behovet for fremtidige indsatser derved forebygges.

Vi afdækker i kapitlet omfanget og karakteren af brugen af velfærdsydelser på en række kerneområder i indsatsen for de otte grupper af socialt udsatte borgere. Mens dette kapitel således kortlægger, hvor mange i de udsatte grupper der modtager de enkelte ydelser, vil vi i kapitel 6 beregne de økonomiske omkostninger ved brugen af de forskellige ydelser. Kapitlet starter med at kortlægge de udsatte gruppers brug af sociale og behandlingsmæssige indsatser. Herefter følger analyser af de udsatte borgeres brug af overførselsindkomstydelser. Kapitlet afsluttes med nogle forløbsanalyser, hvor vi bl.a. afdækker borgernes brug af indsatser over en flerårig periode, ligesom vi ser på udviklingen i brugen af indsatser og ydelser hen over ungdomsårene.

5.1 Brug af indsatser i 2014

I dette afsnit kortlægger vi de socialt udsatte gruppers brug af forskellige sociale og behandlingsmæssige indsatser. Først afdækker vi brugen af ydelser efter serviceloven som social bostøtte, botilbud og aktivitets- og samværstilbud. Dernæst kortlægger vi brugen af hjemmesygepleje og hjemmehjælp. Afsnittet afdækker også de udsatte borgeres brug af forskellige dele af sundhedssystemet, både på det somatiske og det psykiatriske område. Det gælder omfanget af indlæggelser, brugen af ambulante ydelser samt øvrige lægeydelser. Foruden indsatser og ydelser på det

sociale og sundhedsmæssige område belyser afsnittet også omfanget af opholdsdøgn i fængsler for borgerne i de udsatte grupper.

5.1.1 Ydelser efter serviceloven

Dette afsnit kortlægger brugen af ydelser under serviceloven blandt de udsatte grupper. Opgørelserne inkluderer brugen af udvalgte ydelser, der udgør de indsatser, der typisk anvendes af socialt udsatte borgere. Det gælder social støtte (§ 85), aktivitets- og samværsydelse (§ 104), midlertidigt ophold på boformer (§ 107) og længerevarende ophold på boformer (§ 108). Brug af stofmisbrugsbehandling (§ 101) og ophold på boformer for hjemløse borgere (§ 110) er opgjort separat i efterfølgende afsnit.

Den sociale støtte efter servicelovens § 85 kaldes i daglig tale ofte for "bostøtte" og består i, at en bostøttemedarbejder kommer på besøg i borgerens hjem og giver en praktisk og social støtte i hverdagen. Det gælder fx hjælp til at deltage i aktiviteter og til at skabe og opretholde et socialt netværk. Ligeledes spiller bostøttemedarbejderen en væsentlig rolle i forhold til at koordinere og understøtte borgerens brug af det øvrige velfærdssystem. Som beskrevet i rapportens kapitel 2 er der gennem de senere år sket en betydelig udvikling af de sociale indsatsmetoder på bostøtteområdet med afprøvningen af systematiske og evidensbaserede metoder som Critical Time Intervention (CTI) og Intensive Case Management (ICM). Forskning peger generelt på, at sådanne systematiske og specialiserede indsatser er effektive til at give udsatte borgere den fornødne hjælp i hverdagen til at håndtere komplekse problemer (Amilon m.fl., 2017; Benjaminsen m.fl., 2017; Dyrvig m.fl., 2017; Rambøll & SFI, 2013).

Aktivitets- og samværsydelser (§ 104) kan bestå i, at borgeren deltager i aktiviteter på sociale væresteder målrettet forskellige grupper, fx inden for socialpsykiatrien eller for borgere med misbrugsproblemer. Sådanne tilbud kan bidrage til, at borgeren deltager i meningsfulde aktiviteter og møder andre mennesker i hverdagen og samtidig får en psykosocial støtte, faste måltider mv.

Botilbud er i henhold til §§ 107 og 108 i serviceloven opdelt i hhv. midlertidige og længerevarende boformer. Botilbud er rettet til de borgere, der ikke kan bo i egen bolig, men har brug for mere omfattende social støtte i form af tilbud om hjælp fra personale enten en del af døgnet eller hele døgnet. Under § 108 er der også tilbud som de alternative plejehjem, der primært er henvendt til udsatte misbrugere, der tidligt – i 50- eller 60-års-alderen – har udviklet plejebehov.

Tabel 5.1 viser brugen af disse udvalgte ydelser efter serviceloven i de otte udsatte grupper samt i den øvrige befolkning i 2014, særskilt for alder. Af tabellen fremgår det, at det kun er en mindre del af de udsatte grupper, der har modtaget en af de pågældende servicelovsydelser i løbet af 2014. Andelen er højest i gruppen med svær psykisk lidelse (gruppe 2), hvor 23 pct. har modtaget mindst en af disse fire servicelovsydelser, hvoraf den primære ydelse er social støtte efter § 85 (17 pct.). Herefter følger gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), hvor 20 pct. har modtaget mindst en af disse servicelovsydelser, og grupperne af (øvrige) hjemløse og psykisk syge misbrugere, hvor andelen er 17 pct.

Overordnet set er det således kun en mindre andel af personerne i de udsatte grupper, der har modtaget de pågældende ydelser efter serviceloven. Andelen er særligt lave blandt udsatte grupper med misbrug og uden psykisk lidelse. Eksempelvis har blot 8 pct. i gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) modtaget mindst en af de fire ydelser efter serviceloven, hvoraf 4 pct. har modtaget socialpædagogisk støtte. Borgere med komplekse misbrugsproblemer i gruppe 7 er ellers i høj grad målgruppen for denne type af støtte. Den lave andel for gruppe 7 kan dermed ses som et tegn på, at ydelser efter serviceloven primært gives til udsatte borgere med

psykiatriske diagnoser, mens særligt grupperne med misbrugsproblemer uden psykiatriske diagnoser kun i begrænset omfang får disse sociale indsatser.

Tabellen viser endvidere, at der ikke er nogen markante aldersmæssige forskelle i brugen af de pågældende ydelser efter serviceloven. Det er med andre ord ikke kun blandt de ældre udsatte, at andelen er lave; også blandt de 18-39-årige i de udsatte grupper er det kun en mindre del, der modtager en af disse ydelser efter serviceloven.

Tabel 5.1 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der bruger udvalgte ydelser efter serviceloven. Særskilte for aldersgrupper. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
Aktivitets- og samværsydelse	< 1	< 1	4	< 1	< 1	7	2	2	3
Socialpædagogisk støtte	< 1	4	17	2	3	8	13	4	14
Længerevarende ophold	< 1	< 1	4	< 1	< 1	< 1	2	< 1	2
Midlertidigt ophold	< 1	< 1	3	< 1	< 1	2	2	< 1	3
I alt	< 1	5	23	3	4	17	17	8	20
Antal personer i alt	3.593.955	133.058	39.134	28.220	12.622	5.474	28.760	12.227	8.685
<i>18-39 år</i>									
Aktivitets- og samværsydelse	< 1	< 1	3	< 1	< 1	9	2	3	2
Socialpædagogisk støtte	< 1	5	17	2	3	8	14	4	14
Længerevarende ophold	< 1	< 1	2	< 1	< 1	< 1	2	< 1	1
Midlertidigt ophold	< 1	< 1	3	< 1	< 1	3	3	< 1	4
I alt	< 1	6	21	3	4	19	18	7	19
Antal personer i alt	1.224.710	68.505	17.972	3.618	8.484	2.324	13.034	3.417	3.883
<i>40-59 år</i>									
Aktivitets- og samværsydelse	< 1	1	6	< 1	< 1	7	3	2	4
Socialpædagogisk støtte	< 1	4	20	2	5	8	13	5	16
Længerevarende ophold	< 1	< 1	5	< 1	< 1	< 1	3	1	3
Midlertidigt ophold	< 1	< 1	2	< 1	< 1	2	2	1	3
I alt	< 1	5	27	3	6	17	18	9	23
Antal personer i alt	1.338.413	44.973	13.876	13.174	3.376	2.483	10.926	6.028	3.769
<i>60-79 år</i>									
Aktivitets- og samværsydelse	< 1	< 1	4	< 1	< 1	3	1	< 1	2
Socialpædagogisk støtte	< 1	2	12	1	3	8	7	3	8
Længerevarende ophold	< 1	< 1	6	< 1	< 1	1	3	< 1	3
Midlertidigt ophold	< 1	< 1	1	< 1	< 1	2	< 1	< 1	1
I alt	< 1	3	19	2	4	13	11	4	12
Antal personer i alt	1.030.832	19.580	7.286	11.428	762	667	4.800	2.782	1.033

Anm.: Oplysningerne er baseret på data fra 91 kommuner. For en nærmere beskrivelse, se kapitel 3.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

5.1.2 Hjemmesygepleje og hjemmehjælp

Mange socialt udsatte borgere har i forhold til den øvrige befolkning en større risiko for både hyppigere og tidligere at udvikle alvorlige kroniske sygdomme. Socialt udsatte borgeres plejebehov og behov for hjemmehjælp indtræffer derfor ofte væsentligt tidligere i livet, end den gør blandt ældre i den øvrige befolkning, hvor denne type behov primært indtræffer i en forholdsvis sen alder. Tabel 5.2 viser de udsatte gruppers brug af hjemmesygepleje (sundhedsloven § 138) og hjemmehjælp (serviceloven § 83) i 2014. I denne og i en række af de efterfølgende tabeller har vi ikke beregnet de samlede andele på tværs af aldersgrupperne, da der for de helbredsrelaterede ydelser generelt er stor forskel mellem aldersgrupperne i andelen, der benytter disse ydelser.

Sammenlignet med den øvrige befolkning fremgår det af tabellen, at borgere i de udsatte grupper har et markant større forbrug af begge typer af ydelser. Det er generelt de udsatte grupper med de mest komplekse problemer (gruppe 6, 7 og 8), som har flest besøg fra hjemmesygepleje og hjemmehjælp, men også gruppen med svær psykisk lidelse (gruppe 2) har mange besøg.

I den yngste aldersgruppe er det relativt få, også i de udsatte grupper, som har modtaget hjælp fra hjemmesygepleje og hjemmehjælp. Der er dog ca. 5 pct. blandt de 18-39-årige udsatte i gruppe 2, 6 og 8, som har modtaget besøg af hjemmesygeplejen.

Efterhånden som de udsatte grupper bliver ældre, er der flere, som begynder at modtage hjælp. Eksempelvis er andelen blandt de 40-59-årige i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), der har modtaget hjælp fra hjemmesygeplejen, 23 pct., mens den blandt misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) er 17 pct. Til sammenligning er der blot 1 pct. af borgerne i samme aldersgruppe i den øvrige befolkning, som har modtaget hjælp fra hjemmesygeplejen. Ligeledes er det 12-13 pct. blandt de 40-59-årige i disse to grupper, der har modtaget hjemmehjælp, mens det er under 1 pct. i den øvrige befolkning. De 40-59-årige i den mest komplekse gruppe (gruppe 8) har modtaget gennemsnitligt 32 besøg fra hjemmesygeplejen og 12 timers hjemmehjælp, sammenlignet med ét besøg fra hjemmesygeplejen og mindre end én times hjemmehjælp i den øvrige befolkning.

I den ældste aldersgruppe mellem 60 og 79 år er forbruget meget højt i de udsatte grupper, som alle, på nær gruppen af hjemløse, har modtaget gennemsnitligt 55-101 besøg fra hjemmesygeplejen og 27-61 timers hjemmehjælp i løbet af et år, sammenlignet med 8 besøg fra hjemmesygeplejen og 5 timers hjemmehjælp årligt i gennemsnit blandt den øvrige befolkning i denne aldersgruppe. Tallene understreger både, at plejebehov og behov for praktisk hjælp sætter ind væsentligt tidligere, og at disse behov formentlig også ofte er væsentligt mere omfattende end i den ikke-udsatte del af befolkningen.

Tabel 5.2 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der bruger hjemmesygepleje og hjemmehjælp samt omfanget af forbruget. Særskilt for aldersgrupper. 2014. Procent og timer.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Hjemmesygepleje, pct.	< 1	< 1	5	2	< 1	2	5	3	6
Hjemmesygepleje, antal kontakter	0,1	0,7	4,4	0,7	0,6	1,7	4,4	1,6	6,1
Antal personer	993.326	54.701	14.495	2.857	6.825	1.904	10.413	2.812	3.188
Hjemmehjælp, pct.	< 1	< 1	2	< 1	< 1	< 1	1	< 1	2
Hjemmehjælp, antal timer	0,2	0,4	1,0	0,4	0,2	< 0,1	0,7	0,2	0,7
Antal personer i alt	965.985	52.721	13.850	2.833	6.550	1.892	10.002	2.625	2.906
<i>40-59 år</i>									
Hjemmesygepleje, pct.	1	4	14	8	8	7	14	17	23
Hjemmesygepleje, antal kontakter	1,0	4,6	17,8	11,4	7,0	6,1	18,8	23,8	31,6
Antal personer	1.034.458	34.990	11.064	10.121	2.774	2.034	8.567	4.873	3.018
Hjemmehjælp, pct.	< 1	3	9	5	6	4	9	12	13
Hjemmehjælp, antal timer	0,9	2,6	8,1	5,3	4,2	2,1	6,2	12,5	12,3
Antal personer i alt	986.377	33.707	10.649	10.062	2.774	1.967	8.380	4.635	2.863
<i>60-79 år</i>									
Hjemmesygepleje, pct.	6	25	36	25	32	21	38	39	50
Hjemmesygepleje, antal kontakter	8,2	56,0	89,7	54,6	58,5	32,2	87,1	62,9	101,2
Antal personer	782.967	14.871	5.652	8.831	632	528	3.702	2.200	822
Hjemmehjælp, pct.	5	21	28	20	26	15	30	32	39
Hjemmehjælp, antal timer	5,4	31,3	36,9	27,5	34,4	7,8	37,7	39,6	60,9
Antal personer i alt	748.548	14.707	5.554	8.719	584	510	3.726	2.108	812

Anm.: Oplysningerne er baseret på data fra 67 kommuner for hjemmesygepleje og fra 61 kommuner for hjemmehjælp.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

5.1.3 Kontakter til somatiske sygehuse

Tidligere undersøgelser har generelt dokumenteret, at socialt udsatte borgere har en markant oversygelighed i forhold til den øvrige befolkning (Pedersen m.fl., 2008; 2012). Udsatte borgeres brug af sundhedsvæsenet kommer ikke kun til udtryk ved et merforbrug af sundhedsydelser, men også ved, at merforbruget for mange udsatte borgere sætter ind væsentligt tidligere end i tilsvarende aldersgrupper i den øvrige befolkning. Mens udsatte borgere kan have en overhyppighed i forhold til brugen af visse sundhedsydelser, kan der samtidig være barrierer for brugen af andre ydelser i sundhedsvæsenet. Det kan eksempelvis være barrierer i form af en mindre direkte og gennemskuelig adgang til forskellige dele af sundhedsvæsenet som fx speciallæger, der kan betyde, at den udsatte borger i højere grad benytter akutte ydelser som skadestuebesøg.

Tabel 5.3 viser brugen af det somatiske sygehusvæsen for de otte udsatte grupper. Det fremgår af tabellen, at der er en større andel i alle de udsatte grupper end i den øvrige befolkning, som har haft mindst én kontakt til de somatiske sygehusafdelinger i 2014, og endvidere har de udsatte grupper et merforbrug af særligt skadestuekontakter og indlæggelser. De udsatte grupper har også et større forbrug af ambulante kontakter end den øvrige befolkning, men denne forskel er ikke lige så markant som med hensyn til skadestuekontakter og indlæggelser. Det kan imidlertid være tegn på, at der er større barrierer for de udsatte grupper i forhold til at modtage ambulante ydelser, der i modsætning til de akutte ydelser kræver en forudgående aftale og en henvisning. Sådanne barrierer kan samtidig betyde, at udsatte gruppers sundhedsproblemer ikke bliver behandlet i tide, hvilket kan medvirke til det store merforbrug af de akutte sundhedsydelser.

Tabel 5.3 viser, at brugen af somatiske sygehusydelser stiger med alderen, og at denne stigning sætter ind tidligere i de udsatte grupper end i den øvrige befolkning. Allerede i den yngre aldersgruppe, borgerne mellem 18 og 39 år, er der et merforbrug af sundhedsydelser for de udsatte grupper. Hvor det i denne aldersgruppe er 9 pct. i den øvrige befolkning, der har været indlagt på en somatisk afdeling i 2014, er det mellem 17 og 26 pct. for de udsatte grupper med den højeste andel for de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer. Merforbruget af sundhedsydelser er mest markant for de midaldrende borgere mellem 40 og 59 år. Her er det 8 pct. i den øvrige befolkning, der har været indlagt på en somatisk afdeling, mens det er hhv. 41 pct. og 45 pct. i de to mest komplekse udsatte grupper (gruppe 7 og 8). Den højere andel af indlæggelser i de udsatte grupper vedbliver at være markant også i den ældre aldersgruppe, hvor det er hhv. 53 pct. og 58 pct., der har været indlagt på de somatiske afdelinger i de to mest komplekse udsatte grupper, og ca. 25-40 pct. i de øvrige udsatte grupper, mens det er 15 pct. af de 60-79-årige i den øvrige befolkning, der er registreret med en indlæggelse på en somatisk afdeling i 2014.

Tabel 5.3 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der har haft kontakt til somatiske sygehuse, samt antallet og omfanget af kontakter. Særskielt for aldersgrupper. Procent og antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Indlæggelser, pct.	9	17	18	19	12	17	20	19	26
Indlæggelser, antal	0,1	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,4	0,6
Indlæggelser, antal dage	0,3	0,7	0,7	0,6	0,4	0,6	0,7	1,0	1,3
Ambulante kontakter, pct.	22	33	31	26	23	27	30	28	33
Ambulante kontakter, antal	0,8	1,3	1,1	0,8	0,6	0,8	0,9	0,7	1,0
Skadestuekontakter, pct.	15	23	23	31	26	31	31	36	40
Skadestuekontakter, antal	0,2	0,4	0,4	0,5	0,4	0,6	0,6	0,6	0,9
Somatisk sygehus i alt, pct.	32	48	47	52	43	48	53	55	64
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Indlæggelser, pct.	8	18	16	24	20	17	27	41	45
Indlæggelser, antal	0,1	0,3	0,3	0,5	0,4	0,4	0,6	1,2	1,5
Indlæggelser, antal dage	0,4	1,0	1,0	1,6	1,4	1,1	1,7	4,4	4,4
Ambulante kontakter, pct.	30	45	33	36	31	31	38	47	47
Ambulante kontakter, antal	0,8	1,5	1,0	1,1	1,0	0,9	1,2	1,7	1,5
Skadestuekontakter, pct.	10	19	16	25	24	22	28	37	44
Skadestuekontakter, antal	0,1	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8	1,2
Somatisk sygehus i alt, pct.	37	56	45	55	48	46	59	70	74
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
<i>60-79 år</i>									
Indlæggelser, pct.	15	34	27	38	34	23	40	53	58
Indlæggelser, antal	0,3	0,9	0,6	0,9	1,0	0,5	1,1	1,6	2,0
Indlæggelser, antal dage	1,0	3,5	2,3	3,6	3,8	1,6	4,1	7,4	8,0
Ambulante kontakter, pct.	42	58	44	48	48	38	51	59	62
Ambulante kontakter, antal	1,4	2,5	1,5	1,9	2,1	1,4	2,0	2,6	2,7
Skadestuekontakter, pct.	10	23	20	27	26	19	32	37	45
Skadestuekontakter, antal	0,1	0,4	0,3	0,5	0,5	0,4	0,7	0,8	1,2
Somatisk sygehus i alt, pct.	49	69	57	67	65	51	70	78	83
Antal personer i alt	1.091.582	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081

Kilde.: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

5.1.4 Lægekontakter

Merforbruget af sundhedsydelser viser sig også i brugen af det primære sundhedssystem, det vil sige de alment praktiserende læger, speciallæger, tandlæger mv. Tabel 5.4 viser antallet af kontakter til læger i det primære sundhedssystem. Det er omkring 90-95 pct. af borgerne i både de udsatte grupper og i den øvrige befolkning, der har haft kontakt til en læge i 2014. For de hjemløse

i gruppe 5 er andelen med lægekontakt en anelse lavere. Denne forskel mellem gruppe 5 og de resterende grupper af udsatte skal dog ses i lyset af, at de hjemløse borgere med de mest komplekse problemer som tidligere nævnt indgår i gruppe 7 og 8, som har en hyppigere lægekontakt.

Table 5.4 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der har haft kontakt til læge, samt antallet af lægekontakter. Særskilt for aldersgrupper. 2014. Procent og antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Almen læge, pct.	83	95	93	88	86	83	92	81	90
Vagtlæge, pct.	7	15	17	11	10	15	17	14	24
Speciallæge, pct.	22	32	32	21	20	20	24	14	17
Tandlæge, pct.	41	36	34	29	25	16	27	16	19
Psykolog, pct.	3	8	4	4	3	2	4	1	2
Andre sygesikringsydelse, pct.	13	14	11	10	7	4	7	4	5
Læger mv. i alt, pct.	90	97	95	91	89	86	94	84	91
Læger mv. i alt, antal kontakter	7,9	14,6	14,8	9,0	8,0	9,0	12,7	7,8	12,9
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Almen læge, pct.	84	96	93	89	87	82	94	90	93
Vagtlæge, pct.	5	11	12	8	10	11	14	16	24
Speciallæge, pct.	28	42	34	24	22	20	30	20	23
Tandlæge, pct.	52	41	41	30	23	14	29	19	20
Psykolog, pct.	2	7	3	2	1	< 1	3	1	2
Andre sygesikringsydelse, pct.	20	21	17	12	9	6	11	8	9
Læger mv. i alt, pct.	92	98	95	92	90	84	95	92	95
Læger mv. i alt, antal kontakter	9,8	18,7	18,5	12,6	14,0	11,0	19,1	15,4	21,0
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
<i>60-79 år</i>									
Almen læge, pct.	90	98	96	95	94	84	97	96	97
Vagtlæge, pct.	4	13	14	9	13	11	16	15	21
Speciallæge, pct.	44	50	39	38	32	24	40	33	33
Tandlæge, pct.	59	48	40	39	32	18	37	30	28
Psykolog, pct.	< 1	5	1	1	2	< 1	3	< 1	2
Andre sygesikringsydelse, pct.	23	30	22	18	17	9	20	18	19
Læger mv. i alt, pct.	96	99	97	97	96	85	98	97	98
Læger mv. i alt, antal kontakter	14,5	27,9	24,5	19,0	26,6	13,1	28,4	21,9	30,6
Antal personer i alt	1.091.582	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I forhold til antallet af lægekontakter har borgerne i de udsatte grupper generelt et større forbrug end borgerne i den øvrige befolkning, om end der er visse undtagelser. Sammenlignes lægekontakten over de tre aldersgrupper, viser det sig, at der blandt borgere i den yngste aldersgruppe er flere af de udsatte grupper, som har et noget højere antal lægekontakter end i den øvrige befolkning.

ning. Mens de 18-39-årige i den øvrige befolkning har ca. 8 lægekontakter i gennemsnit, er der især i de udsatte grupper med psykiske lidelser (grupperne 2, 3, 5 og 7) mellem 12 og 15 lægekontakter, mens antallet af lægekontakterne i grupperne, der primært har misbrugsproblemer, er noget lavere. I den midaldrende aldersgruppe, borgere mellem 40 og 59 år, stiger forskellen mellem den øvrige befolkning og de udsatte grupper betydeligt. Her er det gennemsnitlige antal lægekontakter i den øvrige befolkning ca. 10 kontakter om året, mens der er 18-21 lægekontakter i de fleste af de udsatte grupper – antallet er dog lavere i grupperne, der primært har misbrugsproblematikker. Blandt de ældre mellem 60 og 79 år vokser forskellen mellem de udsatte grupper og den øvrige befolkning i brugen af lægeydelser yderligere, hvor der for langt hovedparten af de udsatte grupper er tale om et markant højere antal lægekontakter end i den øvrige befolkning. Mens der for de 60-79-årige i den øvrige befolkning i gennemsnit er 15 lægekontakter om året, er gennemsnittet ca. dobbelt så højt i flere af de udsatte grupper, hvor eksempelvis gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) har 31 årlige kontakter, og gruppen af øvrige psykisk syge misbrugere (gruppe 6) har 28 årlige kontakter.

De udsatte gruppers merforbrug af lægeydelser skyldes primært, at de har et højere forbrug end den øvrige befolkning af ydelser hos alment praktiserende læger og vagtlæger. Med hensyn til brugen af speciallæger er billedet imidlertid et andet. I de udsatte grupper med psykiske lidelser uden misbrug (gruppe 2 og 3) er der et højere forbrug af både speciallæger (herunder psykiatere) og psykologer end i den øvrige befolkning. Dernæst kommer de psykisk syge misbrugere (gruppe 6 og 8), som har et par procentpoint lavere andele end borgerne i den øvrige befolkning, der har modtaget speciallægeydelser. For misbrugergrupperne (gruppe 4, 5 og 7) er der derimod en lavere andel, der har brugt speciallægeydelser, sammenlignet med både den øvrige befolkning og de øvrige udsatte grupper. Endelig viser tabel 5.4, at der er et lavere forbrug af tandlægeydelser i de udsatte grupper, hvilket er særlig tydeligt i gruppen af hjemløse (gruppe 5) og i de to mest komplekse grupper (gruppe 7 og 8).

Forskellene i lægekontakt indikerer, at der er visse barrierer forbundet med brugen af forskellige dele af sundhedssystemet. De udsatte grupper generelt benytter både almen læge og vagtlæge væsentligt mere end den øvrige befolkning, mens der særligt for misbrugere og udsatte med de mest komplekse problemer er barrierer i brugen af speciallægeydelser (der fx kræver en henvisning og ofte er forbundet med ventetid) og tandlægeydelser (der kræver betaling).

5.1.5 Misbrugsbehandling

Tabel 5.5 viser brugen af misbrugsbehandling i de udsatte grupper i løbet af 2014. I forbindelse med identifikationen af de udsatte grupper er der bl.a. anvendt oplysninger om misbrug fra hhv. Register over Stofmisbrugere i Behandling og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister. Det betyder, at en del af de udsatte borgere med misbrug er blevet kategoriseret på baggrund af deres registrering i misbrugsbehandlingssystemet. Der er dog også indhentet oplysninger om misbrug fra både det somatiske og det psykiatriske sundhedssystem. Der er derfor en stærk sammenhæng mellem brugen af misbrugsbehandling og registreringen af borgere med misbrugsproblemer. Det samme gælder for flere af de øvrige ydelser, som vi ser på i de følgende afsnit (brugen af § 110-boformer, kontakter til det psykiatriske behandlingssystem og fængselsophold).

I tabel 5.5 fremgår det, at en relativt høj andel af borgere fra de udsatte grupper, der er karakteriseret ved et misbrug (gruppe 3, 4, 6, 7 og 8), ikke overraskende har været i misbrugsbehandling i 2014. Eksempelvis i gruppen af 18-39-årige stofmisbrugere uden øvrig kompleksitet (gruppe 4) er det 37 pct., der har været i stofmisbrugsbehandling, og disse borgere har gennemsnitligt modtaget 67 dages ambulans behandling og 2 dages døgnbehandling. I gruppen med alkoholisering i

samme aldersgruppe er det 26 pct. af borgerne, der har været i alkoholmisbrugsbehandling med et gennemsnit på 54 behandlingsdage. For alkoholbehandling har vi, ud fra registeroplysningerne, ikke mulighed for at skelne mellem forskellige intensiteter af behandlingen, det vil sige mellem døgnbehandling og ambulant behandling. I grupperne med de mest komplekse problemer er der både borgere, der har modtaget stofmisbrugsbehandling, og borgere, der har modtaget alkoholbehandling. Ved opgørelsen af andelen, der er registreret som værende i misbrugsbehandling i de udsatte grupper med misbrugsproblemer, skal der desuden gøres opmærksom på, at der er en høj grad af sammenhæng mellem målingen af udsathed over den femårige periode fra 2010 til 2014 og målingen af brugen af velfærdssystemet i et enkelt år i 2014. De misbrugere, der ikke er registreret i behandling i 2014, vil således langt overvejende have været i behandling tidligere i perioden, bortset fra dem som er registreret med misbrugsdiagnoser i det øvrige sundhedssystem.

Tabel 5.5 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der bruger misbrugsbehandling, samt omfanget af brugen. Særskilt for aldersgrupper. 2014. Procent og antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Stofbehandling, pct.	-	-	-	-	37	-	19	37	31
Stofbehandling ambulant, antal dage	-	-	-	-	67,2	-	39,3	82,0	71,1
Stofbehandling døgn, antal dage	-	-	-	-	1,8	-	1,0	2,9	3,0
Alkoholbehandling, pct.	-	-	-	26	2	-	6	9	8
Alkoholbehandling, antal dage	-	-	-	53,7	4,8	-	13,4	17,3	18,0
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Stofbehandling, pct.	-	-	-	-	44	-	6	24	20
Stofbehandling ambulant, antal dage	-	-	-	-	136,0	-	18,8	76,1	60,5
Stofbehandling døgn, antal dage	-	-	-	-	1,6	-	0,3	1,0	1,0
Alkoholbehandling, pct.	-	-	-	28	11	-	17	18	21
Alkoholbehandling, antal dage	-	-	-	62,9	26,4	-	40,1	41,6	50,3
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
<i>60-79 år</i>									
Stofbehandling, pct.	-	-	-	-	30	-	1	5	5
Stofbehandling ambulant, antal dage	-	-	-	-	101,2	-	3,6	17,1	16,1
Stofbehandling døgn, antal dage	-	-	-	-	0,5	-	0,1	0,2	0,0
Alkoholbehandling, pct.	-	-	-	14	12	-	11	10	13
Alkoholbehandling, antal dage	-	-	-	34,2	32,0	-	27,4	24,1	34,4
Antal personer i alt	1.091.582	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 5.5 viser endvidere, at der er en relativt lav andel af borgerne i de udsatte grupper med misbrugsproblemer, der er registreret som værende i misbrugsbehandling. Eksempelvis er det i både de yngre og midaldrende aldersgrupper kun ca. en fjerdedel i gruppen af psykisk syge misbrugere uden yderligere kompleksitet (gruppe 6), der er i misbrugsbehandling, mens det er en lidt højere andel på ca. 35-40 pct. i grupperne med de mest komplekse problemer (gruppe 7 og 8). Som nævnt i kapitel 2 har tidligere forskning vist, at netop de mest udsatte misbrugere kan have vanskeligt ved at benytte det eksisterende misbrugsbehandlingssystem (Becker & Barfod, 2009; Benjaminsen m.fl., 2009; Socialt Udviklingscenter, 2011). Det skyldes dels kompleksiteten af disse borgeres problemer, men den relative andel i behandling skal også ses i sammenhæng med selve indretningen af behandlingssystemet. Eksempelvis forudsætter misbrugsbehandling ofte, at borgeren møder op på et misbrugscenter til behandling på et aftalt tidspunkt, hvilket kan være vanskeligt for borgere med komplekse problemer.

5.1.6 Kontakter til psykiatriske behandlingssystem

Tabel 5.6 giver et overblik over borgernes brug af psykiatriske ydelser for 2014. Registeroplysninger om borgernes diagnoser, givet i forbindelse med kontakter til det psykiatriske behandlingssystem, er ligesom misbrugsdiagnoserne anvendt i identifikationen af de udsatte grupper. Derfor er det primært borgerne i de udsatte grupper, karakteriseret ved en psykisk lidelse, der i tabellen er registreret med brug af det psykiatriske behandlingssystem. Da alle personer, der er registreret med en moderat eller svær psykisk lidelse mellem 2010 og 2014, indgår i en af de otte analysegrupper, er der samtidig stort set ikke registreret brug af det psykiatriske behandlingssystem for borgerne i den øvrige befolkning, da en indlæggelse stort set altid ledsages af, at der stilles en diagnose.

Det er i gruppen med svær psykisk lidelse (gruppe 2), at flest har haft en kontakt til en psykiatrisk afdeling i løbet af 2014 med 68 pct. for de 18-39-årige i denne gruppe. Omkring halvdelen af borgerne i de udsatte grupper 6 og 8 har haft mindst én kontakt, og en tredjedel af borgerne med en moderat psykisk lidelse (gruppe 1) har haft mindst én kontakt. Endelig er der også borgere i grupperne med misbrugsproblemer (gruppe 3, 4 og 7), som har modtaget psykiatriske behandlingsydelser. Det skyldes, at stofmisbrugsdiagnoser også kan være givet i behandlingspsykiatrien.

I gruppe 2, 6 og 8 er det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på en psykiatrisk afdeling væsentligt højere end i gruppen af borgere med en moderat psykisk lidelse (gruppe 1), hvor det gennemsnitlige antal blot er på én enkelt indlæggelsesdag. Ser vi på den yngre aldersgruppe mellem 18 og 39 år, er der endvidere en tendens til, at antallet af indlæggelsesdage er højere blandt de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) med gennemsnitligt ca. 13 indlæggelsesdage på et år, mens det er ca. 10 dage i gruppen af øvrige psykisk syge misbrugere (gruppe 6) og 8 dage i gruppen med svære psykiske lidelser uden øvrig kompleksitet (gruppe 3).

En relativt høj andel af borgere i de udsatte grupper har også haft kontakt til de psykiatriske skadestuer, hvor vi i alle tre aldersgrupper finder den højeste andel i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), hvor ca. 1 ud af 4 i alle aldersgrupperne har haft kontakt til en psykiatrisk skadestue.

Med undtagelse af gruppen med moderate psykiske lidelser, hvor både antallet af indlæggelser og antallet af ambulante kontakter er lavere end i grupperne med svære psykiske lidelser og komplekse problemer, er antallet af ambulante kontakter lavere i de komplekse grupper, hvor både indlæggeshyppigheden og omfanget af skadestuekontakter samtidig er størst. Det kan netop være pga. de komplekse problemer, at det er sværere for disse borgere at følge ambulante psykiatrisk behandling. Endvidere kan en del af forskellen på brugen af ambulante ydelser forklares med henvisning til det øvrige billede af brugen af ydelser, hvor det er en forholdsvis lav andel af de

psykisk syge misbrugere, der modtager hhv. misbrugsbehandling og social bostøtte. Det samlede mønster i brugen af de forskellige ydelser illustrerer, hvordan der er udfordringer med at skabe tilstrækkeligt helhedsorienterede indsatser for de psykisk syge misbrugere.

Tabel 5.6 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der har haft kontakt til psykiatriske afdelinger, samt antallet og omfanget af kontakter. Særskilt for aldersgrupper. 2014. Procent og antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Indlæggelser, pct.	-	3	16	1	1	6	19	3	23
Indlæggelser, antal	-	< 0,1	0,4	< 0,1	< 0,1	0,1	0,4	< 0,1	0,6
Indlæggelser, antal dage	-	0,9	8,4	0,1	0,2	3,3	10,2	0,5	13,2
Ambulante kontakter, pct.	-	32	65	2	5	19	51	4	42
Ambulante kontakter, antal	-	3,4	11,1	0,1	0,2	2,2	7,2	0,2	4,6
Skadestuekontakter, pct.	-	8	18	3	3	8	20	4	23
Skadestuekontakter, antal	-	0,1	0,4	< 0,1	< 0,1	0,2	0,5	0,1	0,6
Psykiatrisk sygehus i alt, pct.	-	36	68	4	7	22	58	8	53
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Indlæggelser, pct.	-	4	16	2	2	5	22	4	27
Indlæggelser, antal	-	0,1	0,4	< 0,1	< 0,1	0,1	0,5	0,1	0,7
Indlæggelser, antal dage	-	1,1	9,7	0,1	0,2	3,0	8,9	0,5	10,1
Ambulante kontakter, pct.	-	25	59	1	2	12	40	2	34
Ambulante kontakter, antal	-	2,6	8,3	< 0,1	0,2	1,7	6,0	0,1	4,3
Skadestuekontakter, pct.	-	7	15	3	3	5	23	4	27
Skadestuekontakter, antal	-	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,6	0,1	0,8
Psykiatrisk sygehus i alt, pct.	-	29	63	5	6	14	51	6	50
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
<i>60-79 år</i>									
Indlæggelser, pct.	-	5	16	2	2	5	17	2	19
Indlæggelser, antal	-	0,1	0,4	< 0,1	< 0,1	0,1	0,3	< 0,1	0,4
Indlæggelser, antal dage	-	1,9	9,4	0,2	0,3	3,6	5,8	0,1	4,9
Ambulante kontakter, pct.	-	19	50	2	3	8	30	1	22
Ambulante kontakter, antal	-	1,4	5,5	0,1	0,1	0,9	3,4	0,1	1,9
Skadestuekontakter, pct.	-	7	14	2	4	5	18	3	20
Skadestuekontakter, antal	-	0,1	0,3	< 0,1	0,1	0,1	0,4	0,1	0,5
Psykiatrisk sygehus i alt, pct.	-	22	54	4	7	11	39	4	36
Antal personer i alt	1.091.582	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Som det er fremgået af analyserne, udgør borgere, der både har misbrugsproblemer og psykiske lidelser, en stor gruppe blandt de udsatte borgere, og navnlig blandt dem med de mest komplekse støttebehov. Det er også disse grupper, der generelt har det mest omfattende forbrug af en række

indsatser og ydelser. Det afspejler både kompleksiteten af borgernes problematikker, og at det kan være vanskeligt at skabe tilstrækkelig sammenhæng og helhed i indsatsen for disse grupper. Det er med til at forklare, at vi i disse grupper finder en høj andel, der benytter indsatser og ydelser, der først og fremmest afspejler en vanskelig livssituation, som fx ophold på herberger for hjemløse, fængselsophold og indlæggelser på de psykiatriske afdelinger.

Problematikken omkring et samtidigt misbrug og en psykiatrisk diagnose ("dobbeldiagnose") afdekkes indgående i undersøgelsens kvalitative undersøgelsesdel (Mik-Meyer, 2018), der kaster lys over udfordringerne med at give en sammenhængende indsats for disse borgere. Mik-Meyer påpeger i den forbindelse, at selve begrebet "dobbeldiagnose" mest af alt er en systemkonstruktion, der afspejler et opdelt behandlingssystem, snarere end det er en betegnelse, der repræsenterer de udsatte borgeres egen oplevelse af deres livssituation (Mik-Meyer, 2018, s. 111). I det kvalitative interviewmateriale, der er indsamlet på en række forskellige typer af institutioner og tilbud (fx socialpsykiatriske botilbud, herberger og misbrugsbehandlingsinstitutioner), beskrives dobbeldiagnoseproblematikken som meget fremtrædende, idet den vedrører en betydelig andel af de borgere, der bor på eller er brugere af disse tilbud. I interviewene beskrives en gennemgående oplevelse af, at det psykiatriske behandlingssystem og misbrugsbehandlingssystemet er to forskellige behandlingssystemer, der "arbejder adskilt og ud fra to uforenelige rationaler, der hver især understøttes af en snævert afgrænset ekspertise" (Mik-Meyer, 2018, s. 107). Flere interviewpersoner efterlyser i den forbindelse en større grad af integration mellem de to behandlingssystemer. Det opdeltede behandlingssystem for borgere med misbrug og en psykiatrisk diagnose er endvidere ikke kun en udfordring for borgeren selv, men giver ifølge Mik-Meyer også udfordringer i andre dele af det sociale støttesystem. Ikke mindst er opdelingen mellem misbrugsbehandlingen og det psykiatriske behandlingssystem en udfordring i bostøtteindsatsen, hvor bostøttemedarbejderne kommer til at stå i den situation, at de må hjælpe borgeren med at råde bod på og afhjælpe de problemer, som det opdeltede behandlingssystem skaber, og hvor arbejdet vanskeliggøres af, at borgere med dobbeldiagnose ikke kan få behandling ét sted (Mik-Meyer, 2018, s. 42, 113).

I forbindelse med udfordringerne med at skabe tilstrækkelig sammenhæng i indsatsen for borgere med et samtidigt misbrug og en psykisk lidelse, kan det påpeges, at der er specialiserede individuelle indsatsmetoder, som integrerer behandlingsfunktioner på tværs af psykiatri og misbrugsbehandling, og som generelt er veldokumenterede i forhold til at give en helhedsorienteret støtte til denne målgruppe. Det gælder ikke mindst ACT-indsatsen, der er en integreret indsats, hvor et tværfagligt støtteam bestående af både socialpædagoger, sygeplejerske, psykiater, misbrugsbehandler og socialrådgiver yder en indsats, der tilrettelægges individuelt ud fra den enkelte borgers støttebehov. Som beskrevet i kapitel 2, er ACT-metodens velegnethed til at give en sammenhængende indsats for udsatte borgere med komplekse støttebehov veldokumenteret og er i enkelte tilfælde også afprøvet på udsatteområdet i en dansk sammenhæng (Amilon m.fl., 2017; Benjaminsen, 2013).

Til trods for at der således findes veldokumenterede indsatser til målgruppen af psykisk syge misbrugere, er det samtidig karakteristisk, at disse indsatsmetoder kun i meget begrænset grad benyttes på udsatteområdet i Danmark i dag. Her er således et eksempel på mulige sociale investeringer i indsatser og metoder, der kunne have potentiale til at skabe en mere optimal indsats for denne målgruppe, og som set i lyset af det høje forbrug af indsatser i forskellige dele af velfærdssystemet også kunne have et økonomisk rationale i forhold til at skabe en mere optimal samlet resourceanvendelse set for velfærdssystemet som helhed.

5.1.7 § 110-boformer

Mange udsatte borgere oplever igennem deres livsforløb at blive ramt af en eller flere perioder af hjemløshed. Tabel 5.7 viser brugen af § 110-boformer (herberger for hjemløse) i de udsatte grupper i løbet af 2014. Ligesom ved de forudgående analyser skal det tages i betragtning, at hjemløsheden netop er identificeret ud fra brugen af hjemløseboformerne. Hjemløshed målt ved brugen af § 110-boformerne ses derfor i tabel 5.7 alene for gruppe 5, 7 og 8.

Brugen af § 110-boformer er højest i gruppen af hjemløse (gruppe 5), hvor 37 pct. har benyttet sig af denne ydelse i 2014 og haft 43 overnatninger i gennemsnit. Årsagen til, at ikke alle borgere i gruppen af hjemløse har benyttet en § 110-boform, er, at gruppen er defineret ud fra at have været hjemløse i løbet af perioden fra 2010 til 2014, mens data i tabellen alene omhandler borgernes brug af hjemløseboformer i 2014. I de mere komplekse udsatte grupper (gruppe 7 og 8) er der også en del, der har benyttet en § 110-boform, og de to grupper har en gennemsnitlig brug på hhv. 14 og 21 overnatninger.

Tabel 5.7 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der har brugt § 110-boformer, samt omfanget af brugen. Særskilt for aldersgrupper. Procent og antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
Andel, pct.	-	-	-	-	-	37	-	13	20
Antal overnatninger	-	-	-	-	-	42,8	-	13,5	20,7
Antal personer i alt	3.795.304	139.645	41.245	29.786	13.308	5.602	30.174	12.818	9.038
<i>18-39 år</i>									
Andel, pct.	-	-	-	-	-	39	-	15	20
Antal overnatninger	-	-	-	-	-	44,6	-	15,8	20,5
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Andel, pct.	-	-	-	-	-	35	-	16	23
Antal overnatninger	-	-	-	-	-	43,5	-	16,7	23,8
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
<i>60-79 år</i>									
Andel, pct.	-	-	-	-	-	34	-	6	10
Antal overnatninger	-	-	-	-	-	34,2	-	3,9	10,0
Antal personer i alt	1.091.582	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I undersøgelsens kvalitative del beskrives det, hvorledes lange ophold på herbergerne ofte hænger sammen med, at det er vanskeligt at få folk videre i egen bolig eller et permanent botilbud (Mik-Meyer, 2018). Mik-Meyer identificerer i den forbindelse et misforhold mellem et boligcentreret arbejdsfokus og en praktisk boligløs virkelighed, da der i mange kommuner er lange ventetider på boliger, selv gennem den kommunale boliganvisning. Særligt i de store byer oplever mange interviewede fagprofessionelle på herbergerne, at det er nærmest umuligt at skaffe billige boliger, som borgerne har råd til (2018, s. 52). Ligeledes kan der være udfordringer med at sikre, at de hjemløse

se borgere får den fornødne sociale støtte, hvis det lykkes at skaffe en bolig. De hjemløse borgere får ikke altid det antal støttetimer, som den fagprofessionelle med størst kendskab til den hjemløse borgers situation anbefaler, og i stedet bevilges der i en del tilfælde en lav sats af bostøttetimer (2018, s. 56). Det skyldes bl.a., at faglige anbefalinger om støtte i en længerevarende periode kan komme på kollisionskurs med mere kortsigtede økonomiske hensyn (2018, s. 58). Derved undermineres ifølge interviewpersonerne også præmissen for, at Housing First-strategien på hjemløseområdet skal kunne lykkes, da der således er udfordringer i forhold til begge de to grundpiller i Housing First-tilgangen, nemlig en hurtig boligløsning kombineret med en massiv støtte i egen bolig. Interviewpersonerne vurderer desuden, at en for lav tildeling af støttetimer kan være med til at skabe mange gengangere på herbergerne, da risikoen for at miste boligen igen er høj, når der ikke følger en tilstrækkelig social støtte med (2018, s. 59). Det kvalitative interviewmateriale giver derved en indsigt i barrierer i velfærdssystemet, der på én gang kan være med til at forklare både det forholdsvis høje forbrug af opholdsdøgn på herberger og det lave forbrug af social bostøtte blandt udsatte borgere med komplekse støttebehov.

5.1.8 Fængselsophold

En del udsatte borgere kommer ud i kriminalitet. Især blandt borgere med alvorlige misbrugsproblemer er der ofte en betydelig kriminel aktivitet for at kunne finansiere et stofmisbrug. Tabel 5.8 viser andelen af borgere i de enkelte udsatte grupper, der har været i fængsel i løbet af 2014, samt antallet af dage, de har siddet inde. Ligesom ved de foregående analyser i dette kapitel spiller datagrundlaget for identifikationen af grupperne ind på omfanget af brugen af ydelser. Der er således ingen i misbrugergrupperne uden kompleksitet (gruppe 3, 4 og 6), der har været i fængsel i 2014, da et fængselsophold er en af de faktorer, der er med til at definere kompleksiteten i ud-satheden for gruppe 7 og 8.

Tabel 5.8 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, der har haft et fængselsophold, samt længden af opholdet. Særskilt for aldersgrupper. 2014. Procent og antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol-misbrug	4 Stof-misbrug	5 Hjem-løshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Andel, pct.	< 1	< 1	< 1	-	-	6	-	29	24
Antal dage	0,3	0,9	0,6	-	-	6,2	-	36,0	29,1
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Andel, pct.	< 1	< 1	< 1	-	-	3	-	9	8
Antal dage	0,1	0,4	0,4	-	-	2,8	-	10,2	9,4
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
<i>60-79 år</i>									
Andel, pct.	< 1	< 1	< 1	-	-	1	-	< 1	1
Antal dage	< 0,1	0,1	0,1	-	-	1,1	-	0,7	1,2
Antal personer i alt	1.091.582	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I den øvrige befolkning er det relativt få (under 1 pct.), der har været i fængsel i 2014. Det samme gælder for grupperne med hhv. moderat og svær psykisk lidelse. I gruppen af hjemløse er det 4 pct., der har siddet i fængsel, og i de to mest komplekse grupper (gruppe 7 og 8) er det hhv. 13 og 14 pct. Det er primært i den yngre aldersgruppe mellem 18 og 39 år, at der er mange, der har siddet i fængsel. Blandt de 18-39-årige i de to mest komplekse grupper er det 29 og 24 pct., der har siddet i fængsel, og de tegner sig for gennemsnitligt hhv. 36 og 29 fængselsdage i løbet af 2014. Tabellen viser ikke kønsforskelle, da det pga. et lavt antal kvinder med fængselsophold i hver enkelt gruppe ikke har været muligt at opdele tabellen, men supplerende analyser viser, at det hovedsageligt er udsatte mænd, der har haft et fængselsophold (ikke afbildet).

5.2 Overførselsindkomstydelse og beskæftigelsesrettede indsatser

Overførselsindkomst er en bred betegnelse, der dækker de indkomster, som velfærdsstaten stiller til rådighed for borgere, der ikke er selvforsørgende, og som opfylder betingelserne for at modtage de pågældende ydelser. Det kan eksempelvis være dagpenge til ledige, SU til personer under uddannelse og førtidspension til personer med en væsentligt og varigt nedsat erhvervsevne. Dette afsnit kortlægger andelen i de udsatte grupper, der modtager overførselsindkomst i 2014 for ydelserne: kontanthjælp, dagpenge, efterløn, førtidspension, folkepension og SU, samt andelen, der modtager boligstøtte. Ligeledes ser vi i afsnittet på, hvor stor en del i de udsatte grupper der er registreret med beskæftigelsesrettede indsatser.

5.2.1 Overførselsindkomstydelse

Andelen af borgere, der i 2014 modtog en overførselsindkomst, fremgår af tabel 5.9. Tabellen viser, at på tværs af alder har mindst to tredjedele af borgerne i de udsatte grupper modtaget en overførselsindkomst. For flere af grupperne er andelen, der har modtaget overførselsindkomst, på omkring 90 pct.

I de udsatte grupper er andelen, der modtager overførselsindkomst, relativt konstant på tværs af aldersgrupper. Dog kan der observeres aldersforskelle i forhold til, hvilke ydelser de modtager. Blandt de yngre i de udsatte grupper er der mange kontanthjælpsmodtagere, mens de midaldrende i de udsatte grupper i højere grad modtager enten kontanthjælp eller førtidspension. Til sammenligning er andelen i den øvrige befolkning, der har modtaget overførselsindkomst, markant mere aldersbestemt. Halvdelen af de 18-39-årige i den øvrige befolkning modtog overførselsindkomst, primært SU og dagpenge, sammenlignet med blot en fjerdedel af de 40-59-årige i den øvrige befolkning. En stor del af de 60-79-årige i den øvrige befolkning modtager overførselsindkomst. Det skyldes, at mange borgere i denne aldersgruppe er gået på pension eller efterløn.

Ikke desto mindre er der en ikke uvæsentlig andel af borgerne i de udsatte grupper, der ikke har modtaget overførselsindkomst i 2014. Dette gælder blandt de yngre og midaldrende borgere i gruppen med moderat psykisk lidelse og gruppen med alkoholmisbrug samt blandt de yngre i gruppen med stofmisbrug. I disse grupper er der omkring en tredjedel eller en fjerdedel, som ikke har modtaget overførselsindkomst. De fleste af disse borgere er i beskæftigelse. På trods af problemer i andre livsdimensioner er der således en del af borgerne i de udsatte grupper, som formår at være en del af arbejdsmarkedet. I rapportens kapitel 7 ser vi nærmere på mønstrene omkring beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag i de udsatte grupper.

Tabel 5.9 Andelen af personer i den øvrige befolkning og hver af de socialt udsatte grupper, der har modtaget overførselsindkomst. Særskit for aldersgrupper. 2014. Procent.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Den øvri- ge be- folkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alko- hol- mis- brug	Stof- mis- brug	Hjem- løshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med komplek- sitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kom- pleksitet
<i>18-39 år</i>									
Kontanthjælp	8	34	46	28	46	74	56	70	73
Dagpenge	18	20	11	18	14	6	11	9	6
Efterløn	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Førtidspension	2	5	24	5	4	8	16	8	17
SU	31	32	22	22	30	25	20	17	14
Boligstøtte	12	25	39	21	24	33	37	27	35
Overførsler i alt (ekskl. bolig- støtte)	52	77	90	64	77	92	88	88	94
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Kontanthjælp	7	29	20	27	41	59	31	45	43
Dagpenge	13	22	9	20	11	7	15	11	9
Efterløn	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Førtidspension	7	23	66	22	37	32	46	42	51
SU	< 1	1	< 1	< 1	< 1	1	< 1	< 1	< 1
Boligstøtte	8	26	48	29	49	50	47	51	56
Overførsler i alt (ekskl. bolig- støtte)	25	67	88	64	83	92	85	91	95
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915
<i>60-79 år</i>									
Kontanthjælp	1	4	2	5	6	24	5	9	10
Dagpenge	3	4	1	4	2	3	4	4	3
Efterløn	11	8	3	10	6	4	7	10	8
Førtidspension	6	16	31	16	36	31	27	29	36
Folkepension	67	65	63	62	46	43	57	51	47
SU	< 1	< 1	< 1	< 1	0	< 1	0	< 1	0
Boligstøtte	14	31	49	36	51	60	45	45	53
Overførsler i alt (ekskl. bolig- støtte)	84	92	98	91	93	97	95	96	97
Antal personer i alt	1.091.582	20.598	7.728	12.061	804	679	5.048	2.944	1.081

Anm.: Kun overførselsindkomster, der udgør mindst 1.000 kr. i 2014, er medregnet.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Endelig viser tabel 5.9, at næsten halvdelen af borgerne i de udsatte grupper modtager boligstøtte. Andelen af borgere, der modtager boligstøtte, er ikke medregnet i den samlede andel, der modtager overførselsindkomst, da boligstøtten ikke udgør den primære indkomstkilde, som det gælder for de egentlige overførselsydelse.

5.2.2 Beskæftigelsesrettede indsatser

Vi har også opgjort, hvor stor en del i de udsatte grupper der er registreret med indsatser i beskæftigelsesystemet i løbet af 2014 (tabel 5.10).

Tabel 5.10 Andelen af personer i alderen 18-59 år, der har modtaget beskæftigelsesrettede indsatser, i den øvrige befolkning og hver af de socialt udsatte grupper. Særskilt for aldersgrupper. 2014. Procent og antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol-misbrug	4 Stof-misbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Beskæftigelsesindsats, pct.	7	23	27	19	30	47	33	38	38
Beskæftigelsesindsats, antal uger	0,7	3,7	5,1	2,6	4,4	7,5	5,9	5,7	6,4
Antal personer i alt	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042
<i>40-59 år</i>									
Beskæftigelsesindsats, pct.	5	19	9	18	22	32	17	21	19
Beskæftigelsesindsats, antal uger	0,5	2,6	1,3	2,3	3,6	5,0	2,5	3,4	3,2
Antal personer i alt	1.419.862	47.300	14.668	13.938	3.587	2.531	11.460	6.296	3.915

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

De beskæftigelsesrettede indsatser kan fx være mentorforløb eller forskellige former for aktiviteter og tilbud med et beskæftigelsesrettet fokus. Denne andel er højest blandt de 18-39-årige, hvor der, som vist i afsnit 5.2.1, også er flest, der er på kontanthjælp. I begge de to udsatte grupper med komplekse problemer (gruppe 7 og 8) er det 38 pct. af de 18-39-årige, der har deltaget i beskæftigelsesrettede indsatser, mens denne andel er noget lavere blandt de 40-59-årige, hvor der er flere, der er på førtidspension.

5.3 Brug af indsatser over en 5-årig periode

De tidligere afsnit i dette kapitel har alene omhandlet borgernes brug af indsatser og ydelser i 2014. Når 2014 er anvendt som det gennemgående år, hvor vi måler brugen af indsatserne, skyldes det som beskrevet i kapitel 3, at 2014 er det seneste år, hvor der er tilgængelige data på alle de områder, vi har inkluderet i analysen. For ydelserne under serviceloven gælder det endvidere, at der først er indberettet oplysninger til Danmarks Statistik om disse ydelser fra 2013 og frem. Ved kun at se på data for et enkelt år er der imidlertid en risiko for, at man ikke får det komplette billede af omfanget af brugen af de forskellige indsatser i de udsatte grupper. Eksempelvis kan der være indsatser, som en borger i én gruppe blot benytter i ét år, men en anden gruppe har tendens til at benytte indsatsen flere år i træk. For at undersøge disse forhold viser tabel 5.11 borgernes brug af udvalgte ydelser over en 5-årig periode fra 2010 til 2014. Tabellen inkluderer det samlede antal indlæggelser på hhv. somatiske og psykiatriske afdelinger, indskrivninger på herberger for hjemløse (§ 110-boformerne) samt antallet af fængselsophold, som vi har sammenhængende data for i perioden.

Tabel 5.11 Andelen af personer i de socialt udsatte grupper og i den øvrige befolkning, der har brugt udvalgte ydelser i perioden 2010-2014, samt omfanget af brugen. Særsklit for aldersgrupper. Procent

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>18-39 år</i>									
Soma. indlæggelser, pct.	32	52	50	58	40	47	56	54	67
Soma. indlæggelser, antal dage	1,5	3,5	3,5	3,0	2,1	3,1	3,7	4,8	6,5
Psyk. indlæggelser, pct.	-	14	46	4	4	17	50	7	58
Psyk. indlæggelser, antal dage	-	3,9	40,2	0,2	0,6	14,4	47,3	1,2	54,7
Herberg, pct.	-	-	-	-	-	100	-	35	51
Herberg, antal dage	-	-	-	-	-	174,4	-	63,1	85,4
Fængsel, pct.	1	2	2	-	-	15	-	70	57
Fængsel, antal dage	2,0	4,7	4,4	-	-	40,4	-	199,8	162,4
<i>40-59 år</i>									
Soma. indlæggelser, pct.	28	53	44	61	51	48	65	80	83
Soma. indlæggelser, antal dage	1,7	5,0	4,4	6,5	6,2	4,5	7,8	17,4	19,1
Psyk. indlæggelser, pct.	-	17	49	8	7	16	61	12	68
Psyk. indlæggelser, antal dage	-	4,8	48,9	0,6	0,7	13,5	45,9	1,4	49,3
Herberg, pct.	-	-	-	-	-	100	-	42	56
Herberg, antal dage	-	-	-	-	-	217,1	-	78,1	103,8
Fængsel, pct.	< 1	1	1	-	-	10	-	27	25
Fængsel, antal dage	0,8	2,7	3,3	-	-	20,3	-	65,1	61,8
<i>60-79 år</i>									
Soma. indlæggelser, pct.	42	74	62	81	70	52	82	93	94
Soma. indlæggelser, antal dage	4,2	16,1	10,4	15,3	17,4	7,9	18,5	31,0	36,2
Psyk. indlæggelser, pct.	-	20	50	6	10	14	54	8	54
Psyk. indlæggelser, antal dage	-	8,4	44,7	0,8	1,4	16,7	28,3	1,1	25,1
Herberg, pct.	-	-	-	-	-	100	-	20	32
Herberg, antal dage	-	-	-	-	-	219,4	-	24,3	51,8
Fængsel, pct.	< 1	< 1	< 1	-	-	5	-	4	4
Fængsel, antal dage	0,1	0,8	0,5	-	-	6,9	-	5,2	5,5

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Sammenligner vi tallene i tabel 5.11 med tallene fra 2014 som vist i de forrige afsnit, er der væsentligt højere andele af borgere, der har anvendt de pågældende indsatser over den 5-årige periode. Eksempelvis er det 62 pct. af de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), der har været indlagt på en psykiatrisk afdeling over hele den 5-årige periode, mod blot 24 pct. i 2014 (tabel 5.6). En væsentlig forskel ses også for andelen af borgere, der har været indskrevet på herberger for hjemløse. Over den 5-årige periode gælder det 51 pct. i gruppe 8 mod 20 pct. i 2014 (tabel 5.7). Her skal det dog tages i betragtning, at udsathedens samtidig er målt over den samme 5-årige periode, og at der således fortsat er en form for "registreringseffekt" på spil mellem definitionen af udsathedens og målingen af brugen af indsatserne. På trods af dette forhold under-

streger opgørelserne i tabel 5.11, at både udsathedens og brugen af indsatserne skal ses i et længevarende tidsperspektiv.

5.4 Indsatser i løbet af opvæksten

Som vist i tabel 5.11 i forrige afsnit har mange udsatte borgere en forholdsvis vedvarende og langvarig brug af indsatser. En vigtig pointe er dog, at der samtidig også er mange udsatte borgere, der skifter mellem forskellige indsatser, således at de benytter nogle ydelser ét år og andre ydelser et andet år. Det kan fx afspejle, at borgerens psykiske helbred svinger over tid, hvor gode perioder kan afløses af tilbagefald, eller at borgeren kommer ud i en eller flere perioder med hjemløshed med perioder i bolig indimellem.

For at belyse brugen af de sociale og behandlingsmæssige indsatser over tid viser analyserne i dette afsnit, hvordan brugen af indsatserne gradvist opbygges i løbet af de yngre år, og hvorledes der derefter er tale om et ret vedvarende forbrug af et højt omfang af de forskellige ydelser.

Til at undersøge udviklingen i brugen af ydelser over tid tager vi udgangspunkt i to årgange af den danske befolkning, født i 1985 og 1986, som er hhv. 30 og 29 år i 2015. På baggrund af registeroplysninger, målt i perioden fra 2010 til 2014, har vi inddelt borgerne i de to årgange i udsatte grupper (på samme måde som vi har inddelt undersøgelsespopulationen i rapportens øvrige analyser). Da datasættet indeholder dækkende oplysninger om de fleste indsatser siden år 2000, kan vi følge de udsatte grupper fra årgang 1985 og 1986, fra de er 15 år, til de er 29 år. Alkoholmisbrugsbehandling er imidlertid en undtagelse, da dette register først starter i år 2006. Vi inddrager endvidere oplysninger om anbringelser og andre foranstaltninger i barndommen for at se på, hvordan en betydelig del af borgerne i de udsatte grupper har været kendt i det sociale system allerede i barndommen.

Figur 5.1 viser den årlige brug af de enkelte indsatser i hver af de udsatte grupper for de to årgange, mens figur 5.2 viser brugen af de tilsvarende indsatser, akkumuleret over hele opvæksten frem til 29-års-alderen. Indsatserne dækker brug af psykiatrisk sygehus, somatisk sygehus, stof- og alkoholmisbrugsbehandling, herberg, fængsel samt anbringelse og andre foranstaltninger. Brug af somatisk sygehus inkluderer dog i disse opgørelser ikke alle kontakter og indlæggelser, men kun dem, der er relateret til en diagnose for enten en psykisk lidelse eller et misbrug.

Som det fremgår af figur 5.1, er der en relativt høj andel af borgerne i de udsatte grupper, der har været anbragt eller modtaget andre forebyggende foranstaltninger i barndommen. De øvrige foranstaltninger dækker fx over en personlig rådgiver, en fast kontaktperson, økonomisk støtte til kost- eller efterskoleophold eller aflastningsophold. I figur 5.1 er den årlige andel af anbragte og med foranstaltninger opgjort fra 10-års-alderen og frem, mens andelen i figur 5.2 er akkumuleret over hele barndommen. Disse andele topper i alle de udsatte grupper ved 16-17-års-alderen. Som 17-årige er andelen, der var anbragt eller modtog anden foranstaltning, lavest i gruppen med moderat psykisk lidelse (14 pct.) og i gruppen med alkoholmisbrug (17 pct.). Det er dog betydeligt flere end i den øvrige befolkning, hvor andelen, der var anbragt eller modtog anden foranstaltning som 17-årige, blot var på 5 pct. (ikke vist i figuren). I de øvrige udsatte grupper er det i størrelsesordenen 23-44 pct., der var anbragt eller modtog anden foranstaltning som 17-årige. Andelen er højest i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), hvor 30 pct. var anbragt, og 44 pct. enten var anbragt eller modtog foranstaltninger som 17-årige. Ser vi over hele opvæksten (figur 5.2), er det i alt 60 pct. af den mest komplekse udsatte gruppe, der enten har været anbragt eller har modtaget foranstaltninger inden deres attende leveår, heraf har 46 pct. været anbragt.

Fra 15-års-alderen begynder nogle af borgerne i de udsatte grupper at blive registreret som brugere på de psykiatriske afdelinger eller som indsatte i fængslerne, og fra 18-års-alderen begynder de at blive registreret i stofmisbrugsbehandlingen samt på herberger for hjemløse. Der er imidlertid meget stor forskel på, hvilke indsatser borgere i de enkelte udsatte grupper har benyttet i løbet af opvæksten, hvilket afspejler de forskellige profiler i de udsatte grupper.

De to grupper med hhv. moderat og svær psykisk lidelse er næsten udelukkende kendetegnet ved deres benyttelse af psykiatriske afdelinger. Andelen, der har kontakter til de psykiatriske afdelinger hvert år, er højere i gruppen med svær psykisk lidelse end i gruppen med moderat psykisk lidelse.

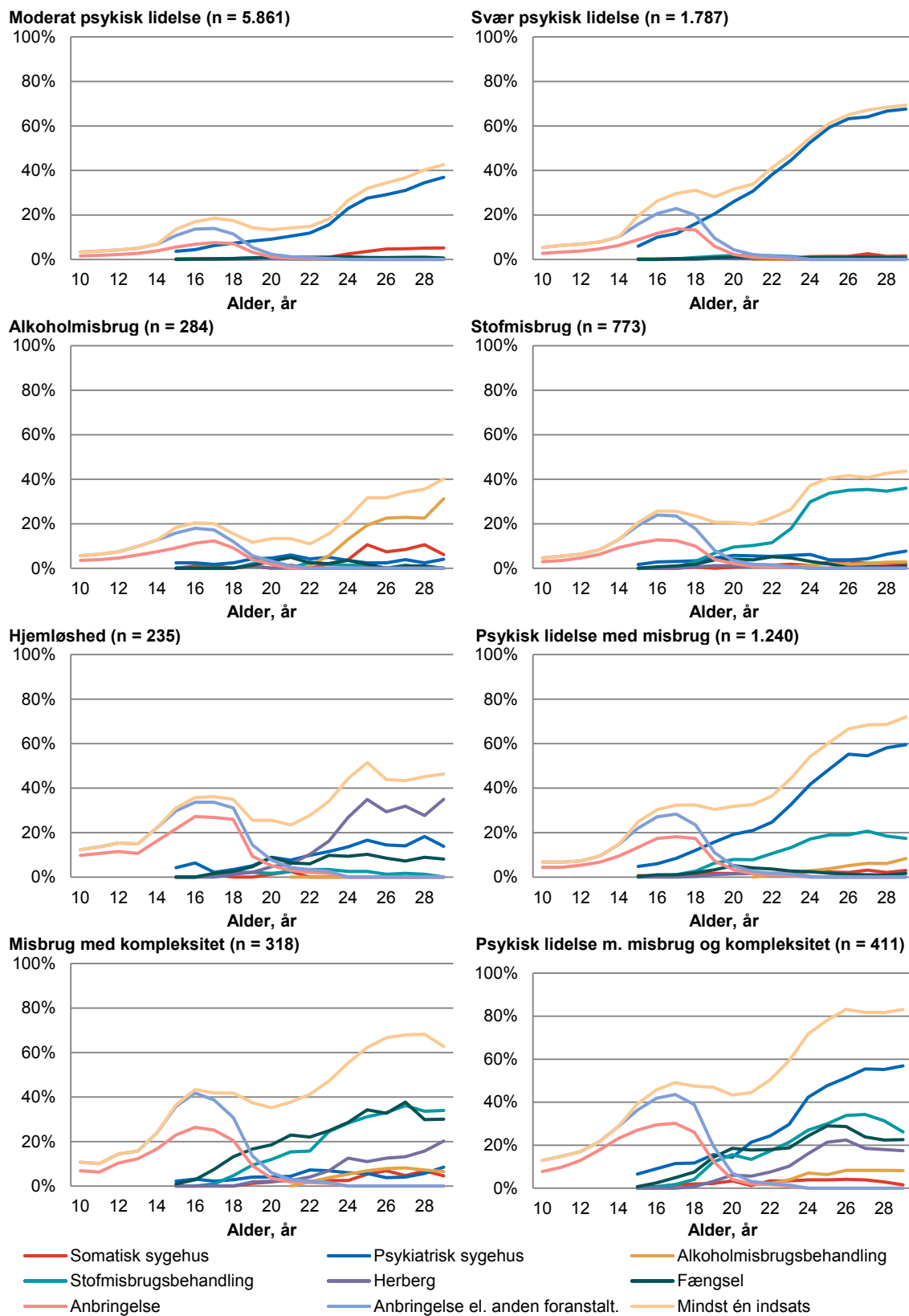
I gruppen med alkoholmisbrug er den årlige brug af indsatser relativt lav i forhold til de andre udsatte grupper. Den indsats, der er den mest benyttede, er ikke overraskende alkoholmisbrugsbehandling, som ca. 20 pct. af gruppen med alkoholmisbrug modtager årligt i slutningen af 20'erne. I gruppen med stofmisbrug er stofmisbrugsbehandling tilsvarende den dominerende indsats, som ca. 35 pct. af gruppen modtager årligt, når de er i slutningen af 20'erne. Ser vi på indsatserne akkumuleret over opvæksten (figur 5.2), er der dog en del i gruppen med alkoholmisbrug og i gruppen med stofmisbrug, der også har modtaget andre indsatser på et tidspunkt. Her kan fx nævnes, at ca. 30 pct. i hver gruppe har haft kontakt til en psykiatrisk afdeling, og at mere end 10 pct. i grupperne har siddet i fængsel på et tidspunkt, inden de er 30 år.

I gruppen af hjemløse (gruppe 5) er det ca. en tredjedel, der årligt benytter et herberg, når de er i slutningen af 20'erne. Her må vi imidlertid være særligt opmærksomme på definitionen af hjemløsegruppen, der netop er defineret ved borgere, der har benyttet herbergerne på et tidspunkt i perioden mellem 2010 og 2014. Derudover har en tredjedel af borgerne i gruppen af hjemløse været i fængsel, og ca. halvdelen i gruppen har haft kontakt til en psykiatrisk afdeling på et tidspunkt i løbet af deres opvækst (se figur 5.2).

De to mest komplekse grupper af udsatte skiller sig ud fra de øvrige udsatte grupper ved, at deres brug af indsatser er væsentligt mere sammensatte og omfattende. Den årlige andel af borgere, der har modtaget mindst én indsats i disse to grupper, ligger fra 15-års-alderen og frem på et konstant højt niveau på 40-50 pct. Der er med andre ord en nærmest glidende overgang fra ungdomsforanstaltninger til voksenindsatser for borgerne i disse grupper, når man ser på omfanget af brugen af ydelser. Brugen af voksenindsatser stiger yderligere, når borgerne i disse grupper er i starten af 20'erne. Når borgerne i de udsatte grupper med komplekse problemer er i midten af 20'erne, stabiliserer brugen af indsatserne sig på omkring 70-80 pct., som årligt har en kontakt til mindst én indsats. Disse to udsatte grupper med de mest komplekse problemer er således borgere, der for manges vedkommende har været i løbende kontakt med velfærdssystemet, fra de var 14-15 år gamle og for mange af dem også tidligere.

Brugen af indsatser i de to komplekse grupper er også meget sammensat. I gruppen af misbrugere med komplekse problemer har langt de fleste været i fængsel på et tidspunkt – de fleste har været i stofmisbrugsbehandling, og en del har benyttet et herberg. I gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer er mønstret nogenlunde tilsvarende, omend lidt færre har været i fængsel på et tidspunkt, og noget flere har benyttet et herberg. Derudover har langt flere i denne gruppe selvfølgelig benyttet et psykiatrisk sygehus. På denne måde viser opgørelserne, hvordan personer i de to mest komplekse grupper af udsatte borgere har en meget omfattende og sammensat brug af mange forskellige indsatser, og hvordan denne omfattende brug af velfærdssystemet bygges op over en meget lang periode fra de tidlige ungdomsår og frem.

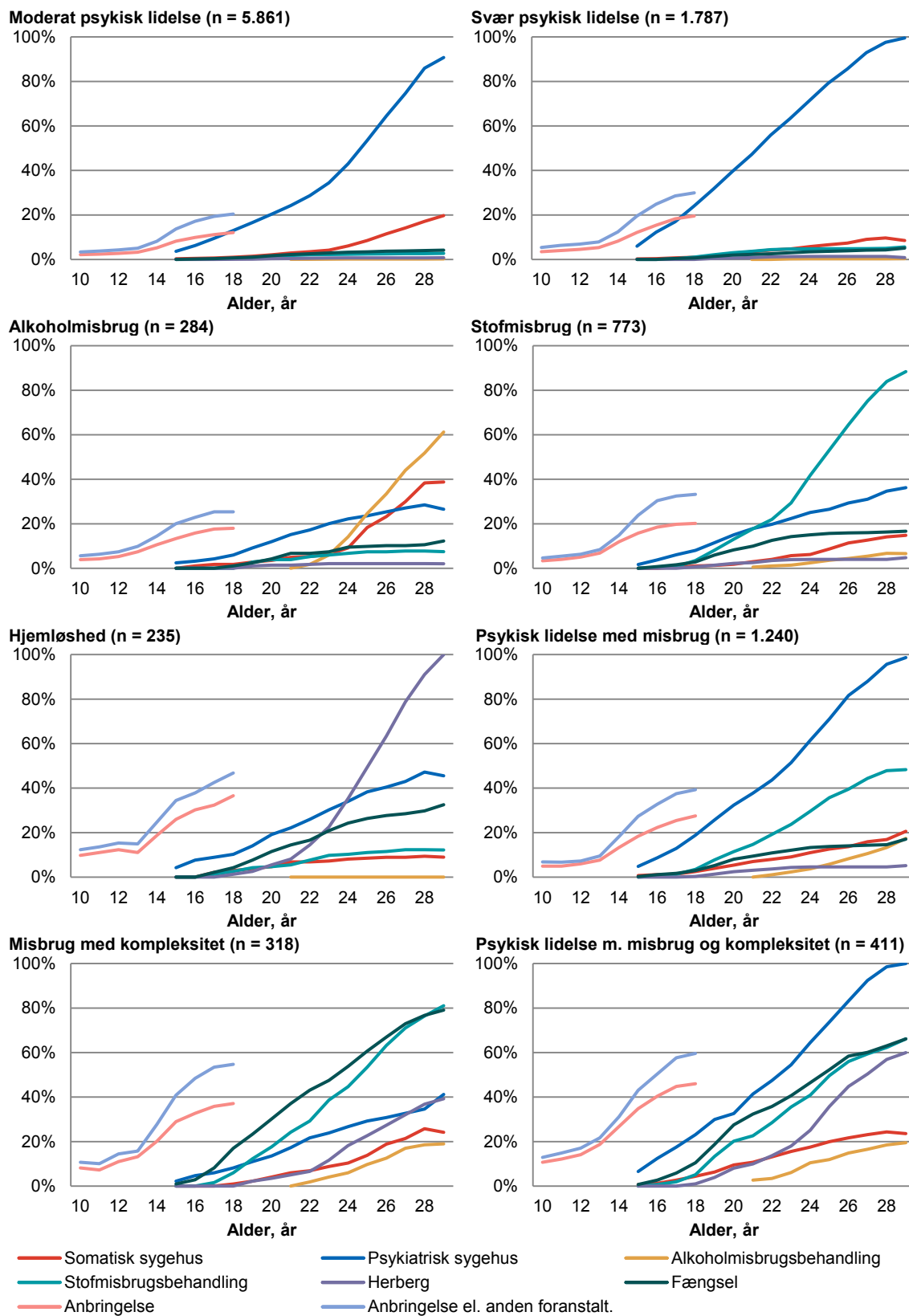
Figur 5.1 Andelen af personer, der modtager de enkelte indsatser årligt i løbet af opvæksten, særligt for de socialt udsatte grupper og for alder. Årgang 1985/86. Procent.



Anm.: Brug af somatisk sygehus inkluderer kun kontakter pga. psykisk lidelse eller misbrug. Hovedparten af indsatserne er opgjort fra 15-års-alderen og opefter.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 5.2 Andelen af personer, der modtager de enkelte indsatser, *kumuleret* over opvæksten. Særskilt for de socialt udsatte grupper og for alder. Årgang 1985/86. Procent.



Anm.: Brug af somatisk sygehus inkluderer kun kontakter pga. psykisk lidelse eller misbrug. Anbringelse og andre foranstaltninger måles kun frem til 18-års-alderen, da meget få personer starter i disse indsatser, efter at de er fyldt 18 år.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

5.5 Første indsats i velfærdssystemet

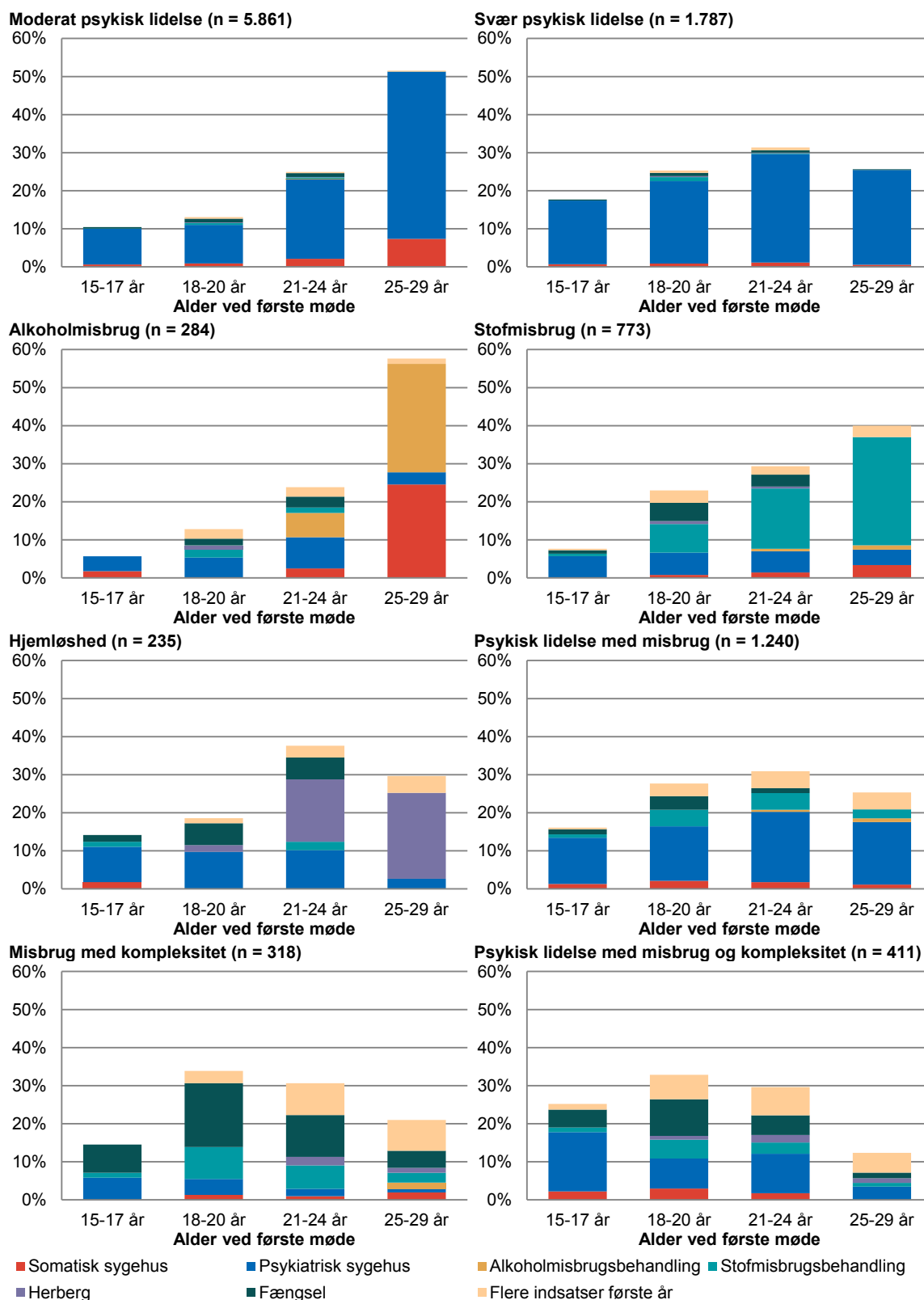
For yderligere at belyse variationen i borgernes brug af velfærdssystemet på tværs af de forskellige udsatte grupper ser vi i dette afsnit på de socialt udsatte gruppers første møde med velfærdssystemet. Analysen omhandler alene "voksenindsatserne" og inddrager således ikke de tidligere børne- og ungeindsatser, hvor analyser i forrige afsnit allerede har vist, at mange i de udsatte grupper enten har en anbringelse eller øvrige foranstaltninger i barndommen bag sig. Opgørelserne i figur 5.3 viser, i hvilken type af indsats de udsatte borgere registreres først ud af de indsatser, som vi har belyst i de foregående afsnit, og i hvilken alder det første møde fandt sted. Populationen i denne analyse er igen årgang 1985 og 1986, som vi følger, fra de er 15 år, til de er 29 år. Figurerne skal læses således, at de fire søjler under hver udsat gruppe tilsammen udgør alle de "første kontakter" til velfærdssystemet, således at man på én gang kan se, hvilken type indsats der udgjorde den første kontakt, og hvilken alder personen havde, da denne første kontakt fandt sted.

Ser vi på de to grupper med hhv. moderat og svær psykisk lidelse, har den første kontakt i begge grupper i langt de fleste tilfælde været til en psykiatrisk afdeling. Der er imidlertid en stor forskel på tidspunktet for den første kontakt. I gruppen med svær psykisk lidelse har næsten halvdelen haft deres første kontakt i alderen 15-20 år, mens det samme kun gælder en fjerdedel af gruppen med moderat psykisk lidelse. Dette er formentlig udtryk for, at svære psykiske lidelser generelt er mere langvarige og ofte bryder ud tidligere end de moderate psykiske lidelser.

For alkoholmisbrugerne sker den første kontakt relativt sent, da hovedparten først har den første kontakt i 25-29-års-alderen, og ud over i alkoholbehandlingen er der også mange i denne gruppe, der har den første kontakt på en somatisk sygehusafdeling, hvor de første gang får en diagnose for alkoholmisbrug. De få af alkoholmisbrugerne, der har en væsentligt tidligere kontakt, har som oftest denne i det psykiatriske system. Stofmisbrugerne i gruppe 4 har generelt den første kontakt noget tidligere end alkoholmisbrugerne, og ikke overraskende foregår den første kontakt oftest gennem stofmisbrugsbehandlingen. I hjemløsegruppen (gruppe 5) har størstedelen på tilsvarende vis deres første kontakt på herbergerne for hjemløse.

I de to grupper af udsatte med komplekse problemer ser vi imidlertid et langt mere sammensat mønster, hvad angår den første kontakt. Her er det for det første karakteristisk, at den første kontakt ofte foregår tidligere end i de øvrige udsatte grupper. Mere end halvdelen af de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) har således allerede haft deres første kontakt med mindst en af indsatserne, inden de er fyldt 20 år, og i gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) gælder det næsten halvdelen. Samtidig er der en forholdsvis stor andel af borgerne i disse to grupper, og særligt i gruppe 7, hvor den første kontakt ikke er til en behandlingsindsats, men derimod til fængselsvæsenet. I gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer er der dog også en forholdsvis stor gruppe, der allerede i teenageårene har været i kontakt med behandlingspsykiatrien som den første kontakt.

Figur 5.3 Andelen af personer i hver af de socialt udsatte grupper, for hvilken hver enkelt indsats udgør det første møde med velfærdssystemet. Særskilt for de socialt udsatte grupper og for alder ved første møde. Årgang 1985/86. Procent.



Anm.: Brug af somatisk sygehus inkluderer kun kontakter pga. psykisk lidelse eller misbrug.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

5.6 Brug af indsatser over tid

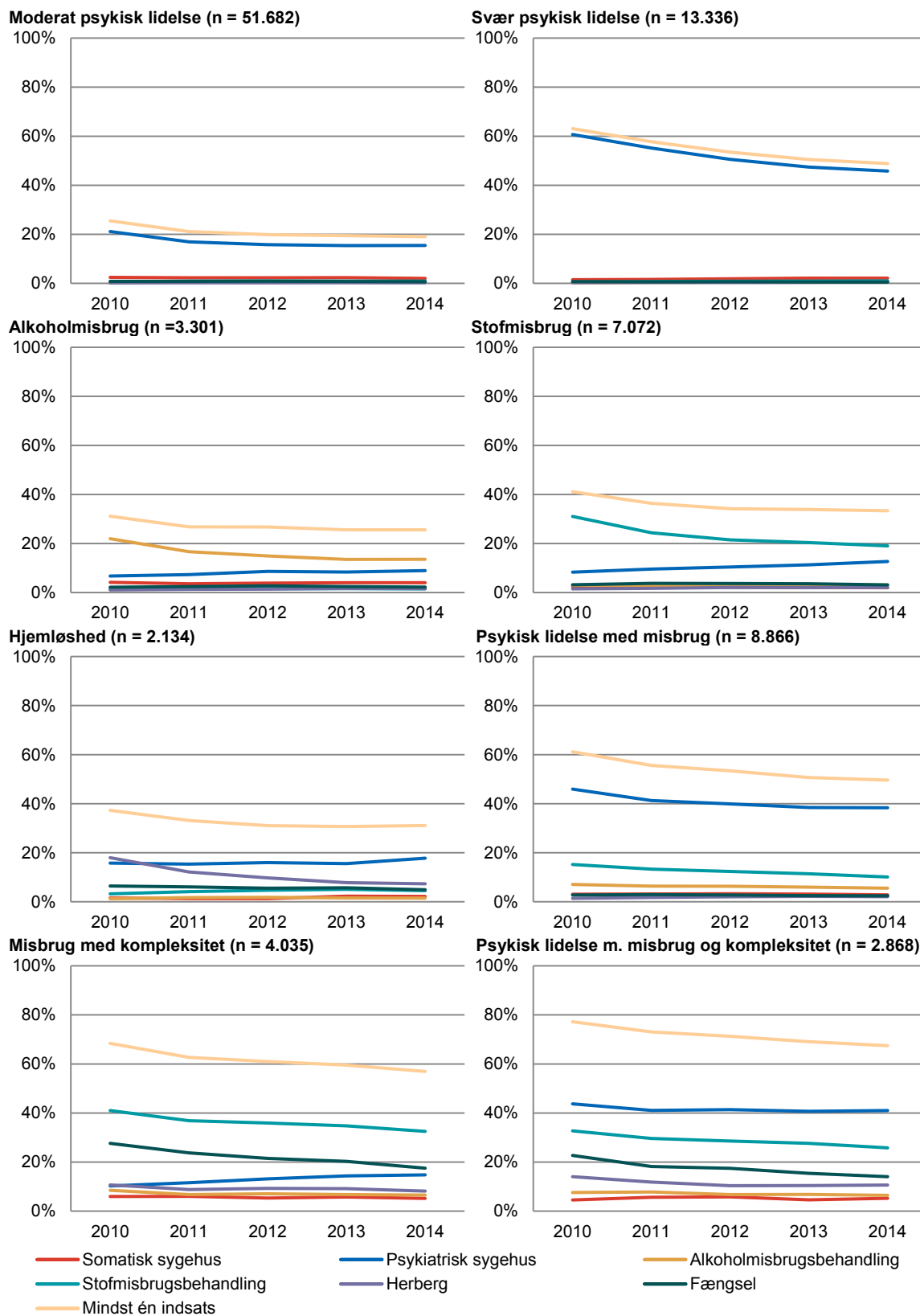
Analyserne i de forrige afsnit har vist, at de socialt udsatte borgeres kontakt med velfærdssystemet både har en omfattende og en langvarig karakter. For de yngre aldersgrupper opbygges kontakten med velfærdssystemet allerede fra de tidlige ungdomsår. Især for borgere i grupperne med de mest komplekse problemer er der tale om brug af mange forskellige indsatser over en lang livsperiode. I dette afsnit undersøger vi, i hvilken grad borgere i de udsatte grupper har en vedvarende kontakt med de forskellige dele af velfærdssystemet.

De udsatte grupper er, som nævnt tidligere, identificeret på baggrund af registeroplysninger for perioden 2010 til 2014. Sammenhængen mellem identifikationen af de udsatte grupper og brugen af indsatserne betyder, at det for at afdække den fortsatte brug af velfærdssystemet er mest hensigtsmæssigt at se på de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet i en periode, der ligger efter det tidsrum, vi benytter til at identificere grupperne. Da 2014 er det seneste år, hvor vi har data for brug af alle indsatserne, har vi – for at belyse den fortsatte brug af indsatserne over tid – konstrueret de tilsvarende udsatte grupper gennem registeroplysninger for perioden 2005 til 2009, baseret på helt samme definition. Derefter følger vi disse tilsvarende gruppers brug af indsatserne over perioden fra 2010 og frem.

Resultatet af analyserne er vist i figur 5.4 for de 18-39-årige og i figur 5.5 for de 40-59-årige. Aldersgruppen fra 60 til 79 år er ikke medtaget i denne analyse. Det skyldes den høje dødelighed i de udsatte grupper, som kan skævvride billedet af omfanget af brugen af ydelserne for de ældste grupper af udsatte borgere i de ældste leveår for dem, der stadig er i live. Endvidere er brugen af det somatiske sundhedsvæsen (ligesom i de foregående figurer 5.1-5.3) afgrænset til alene at inkludere de henvendelser, der direkte vedrører psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. Det skyldes, at det er forholdsvis almindeligt for såvel borgere i den øvrige befolkning som for borgere i de udsatte grupper at være i kontakt med det somatiske sundhedssystem i løbet af året.

Opgørelserne i figurene viser generelt, hvordan de forskellige grupper vedbliver at have et forholdsvis stort omfang af brug af ydelser i de efterfølgende år. Det gælder særligt i de udsatte grupper med komplekse problemer (gruppe 7 og 8), hvor brugen af en række ydelser forbliver på et forholdsvis højt niveau i de efterfølgende år fra 2010 til 2014. Samtidig viser opgørelserne ikke tegn på et væsentligt fald over tid i andelen, der benytter de forskellige ydelser. Tværtimod vedbliver andelen af borgere, der benytter de forskellige indsatser, at være af nogenlunde samme størrelsesorden undervejs gennem perioden på de 5 år.

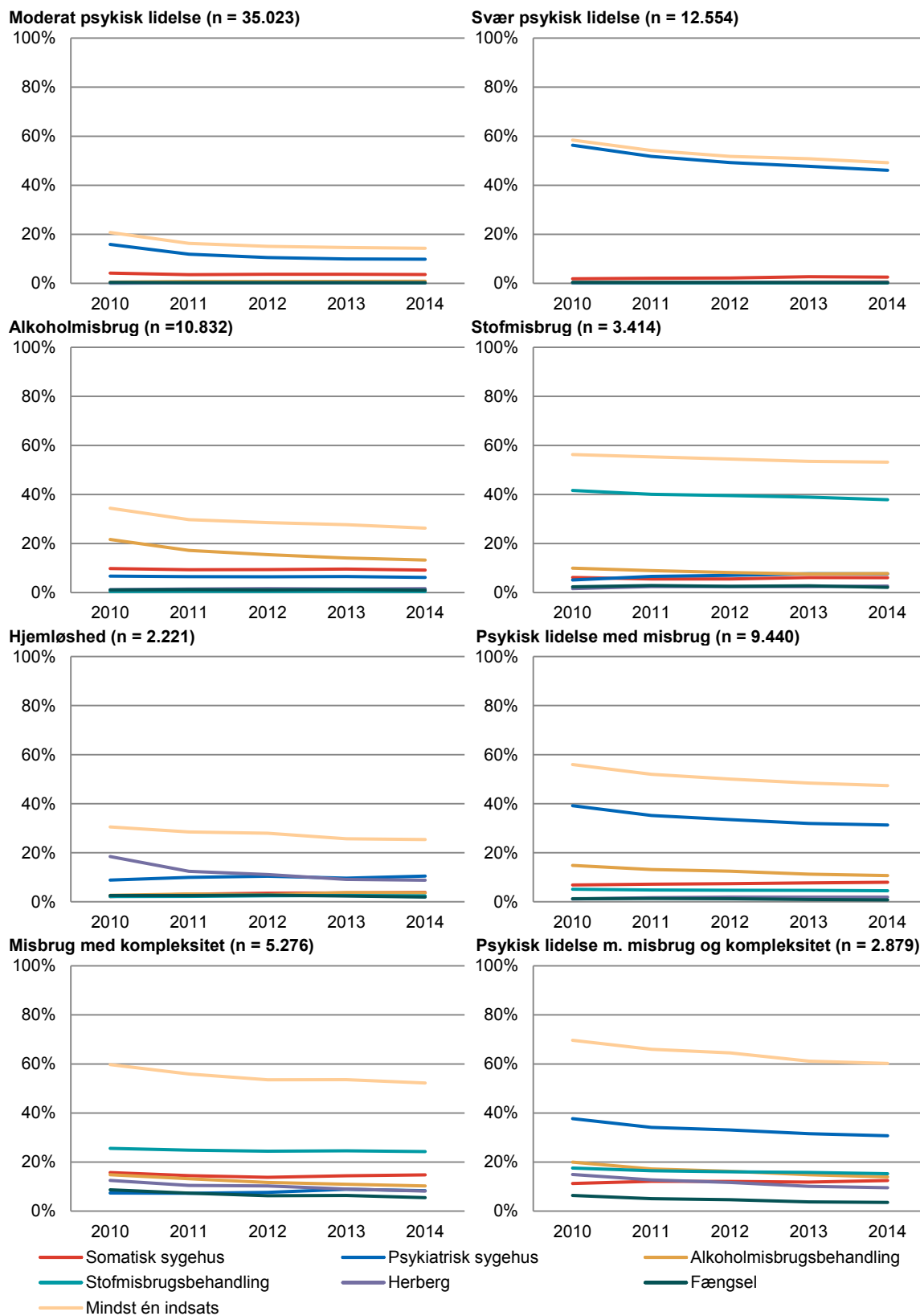
Figur 5.4 Andelen af personer i alderen 18-39 år i de enkelte indsatser årligt i perioden 2010-2014. Særskilt for de socialt udsatte grupper i 2009. Procent.



Anm.: Brug af somatisk sygehus inkluderer kun kontakter pga. psykisk lidelse eller misbrug.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 5.5 Andelen af personer i alderen 40-59 år i de enkelte indsatser årligt i perioden 2010-2014. Særskilt for de socialt udsatte grupper i 2009. Procent.



Anm.: Brug af somatisk sygehus inkluderer kun kontakter pga. psykisk lidelse eller misbrug.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

5.7 Sammenfatning

I dette kapitel har vi undersøgt omfanget af brugen af velfærdssystemets indsatser og ydelser for borgerne i de udsatte grupper. Analyserne viser generelt, at borgerne i de udsatte grupper benytter en række forskellige indsatser og ydelser på tværs af velfærdssystemets sektorer. Ikke mindst udsatte borgere med komplekse problemer har en omfattende brug af indsatser på mange forskellige områder. Det gælder både i det sociale system, i sundhedsvæsenet og i retssystemet. Der er således et højt forbrug af indsatser som herberger for hjemløse, misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling, ligesom der også er et højt forbrug af ydelser i det somatiske sundhedssystem i form af hospitalsindlæggelser, skadestuebesøg og lægekontakter.

I forhold til brugen af somatiske sundhedsydelser er det karakteristisk, at brugen af disse ydelser ikke blot er væsentligt højere for borgerne i de udsatte grupper end i den øvrige befolkning, men også, at et forholdsvis højt forbrug af sundhedsydelser sætter ind væsentligt tidligere blandt borgerne i de udsatte grupper, hvor der allerede i den midaldrende aldersgruppe mellem 40 og 59 år er et betydeligt højere forbrug af sundhedsydelser end i den øvrige befolkning, ligesom der i den ældre aldersgruppe mellem 60 og 79 år er et langt højere forbrug af sundhedsydelser blandt de socialt udsatte borgere end i samme aldersgruppe i den øvrige befolkning.

Der er dog også nogle typer af indsatser, hvor der er en forholdsvis lav andel i de udsatte grupper, der benytter disse indsatser, når man tager omfanget af de sociale og helbredsmæssige problemer blandt borgerne i de udsatte grupper i betragtning. Det gælder særligt de individuelle sociale støtteindsatser under serviceloven, hvor der selv i de udsatte grupper med komplekse problemer er en forholdsvis lav andel, der modtager disse indsatser. Særligt i de udsatte grupper, der primært er defineret ud fra misbrugsproblemer, er der en ret lav andel, der modtager en individuel social støtte efter servicelovens § 85, mens denne andel generelt er lidt højere blandt de udsatte borgere, der er registreret med en psykisk lidelse. Da disse sociale indsatser har til formål at give både en social og en praktisk støtte i hverdagen og samtidig bidrage til at understøtte og koordinere borgerens brug af øvrige indsatser i velfærdssystemet, er der her umiddelbart et potentiale for at styrke den sociale indsats for en del af borgerne i de udsatte grupper. Det gælder ikke mindst set i lyset af det høje forbrug af en række ydelser i det øvrige velfærdssystem, hvor der således kan være et potentiale for at styrke de individuelle sociale indsatser, der kan bidrage til at skabe bedre helhed i den samlede indsats for borgeren.

Analyserne viser endvidere, at forbruget af indsatser og ydelser i de udsatte grupper sætter ind allerede fra en ret ung alder, og at der gennem det unge voksenliv forbruges indsatser og ydelser på flere og flere områder. Det gælder ikke mindst i de udsatte grupper, der efterhånden udvikler de mest komplekse former for udsathed. Når først udsathed og det forholdsvis høje forbrug af indsatser og ydelser har manifesteret sig, vedbliver der generelt at være et ret højt forbrug af forskellige indsatser og ydelser over en længere årrække.

6 Velfærdssystemets udgifter til indsatser for de udsatte grupper

I dette kapitel afdækkes de direkte økonomiske udgifter for det offentlige, der er forbundet med de indsatser og ydelser for de socialt udsatte grupper, som vi har belyst i det forrige kapitel. Udgiftsanalyserne omfatter således velfærdssystemets udgifter på de indsatsområder, som de udsatte grupper særligt er i kontakt med, i form af de sociale indsatser under serviceloven, behandlingsydelser i både det somatiske og det psykiatriske sundhedssystem, og udgifter til hjemmehjælp og hjemmepleje, ligesom vi også har medregnet udgifter i fængsels- og retsvæsenet, som en del af de udsatte grupper er i berøring med. Endelig indgår også udgifterne til forskellige typer af overførselsindkomster og beskæftigelsesrettede indsatser. Analyserne inkluderer ikke udgifter til indsatser, der ikke er registreret i de centrale dataregistre. Det gælder fx en række indsatser i civilsamfundets tilbud til de udsatte grupper, som fx åbne væresteder og sociale aktiviteter. Opgørelserne i kapitlet inkluderer således udgifter til indsatser i det offentlige velfærdssystem, hvor der sker en indberetning om brugen af indsatserne til de centrale dataregistre, samt udgifter, der afholdes i en række private tilbud (fx botilbud), der er finansieret gennem det offentlige system, og som ligeledes er omfattet af indberetning til registrene.

Det er dog ikke alle typer af offentlige udgifter, der indgår i opgørelserne. Fx er udgifter i uddannelsessystemet til skole og uddannelse ikke medregnet, da disse udgifter ikke i særlig grad er knyttet til den sociale udsathed. Der er samtidig tale om udgifter, knyttet til den enkelte person, det vil sige til de udsatte voksne mellem 18 og 79 år, der indgår i analysen. Der er således ikke medregnet udgifter knyttet til øvrige personer i den udsatte voksnes husstand, og udgiftsanalyserne medregner således ikke indsatser til eventuelle hjemmeboende børn.

Endelig medregner de direkte udgifter for det offentlige ikke de potentielt højere skatteindtægter, som ville følge af, at personer ikke var udsatte, men kun som nævnt de direkte udgifter til ydelser, som vedrører udsathed.

Ligesom for analysen af brugen af ydelser og indsatser i kapitel 5 er de tilhørende udgifter opgjort for året 2014, da det er det seneste år, hvor der på tidspunktet for udtræk af data til analysen var registerdata for brugen af indsatser og ydelser på de væsentlige områder, der indgår i analysen. For de fleste udgiftsområder er analysen baseret på anvendelsen af beregnede enhedspriser for en række indsatser og ydelser, mens der for visse udgiftsområder findes oplysninger om de eksakte udgifter til de pågældende ydelser. Det gælder for sundhedsydelse i det somatiske sundhedssystem samt for overførselsindkomsterne. De beregnede enhedspriser, der er anvendt i analyserne, er beskrevet i kapitel 3.

I kapitlets første del gennemgås omfanget af de samlede udgifter for de socialt udsatte grupper og inden for de enkelte udsatte grupper, sammenlignet med den øvrige befolkning. Dernæst ses der mere specifikt på udgifterne på forskellige områder af velfærdssystemets indsatser og på, hvilke forskelle der viser sig i udgifterne, når vi sammenligner de udsatte grupper indbyrdes.

Overordnet set viser kapitlets analyser, at der er meget omfattende udgifter forbundet med indsatserne og ydelserne til de udsatte grupper, ligesom der er en tydelig differentiering mellem de forskellige grupper i omfanget af udgifterne, hvor det er i de udsatte grupper med de mest komplekse problemer, at vi generelt finder de højeste gennemsnitlige udgifter pr. person. Analyserne viser også, at udgifterne for de mest komplekse grupper knytter sig til mange forskellige områder af velfærdssystemet.

6.1 Samlede udgifter til indsatser og ydelser i de udsatte grupper

I dette afsnit opgør vi de samlede udgifter til indsatser og ydelser for de udsatte grupper. I tabel 6.1 er opgjøret de samlede udgifter til de indsatsområder, der indgår i analyserne, særskilt for de forskellige udsatte grupper og for de forskellige indsatser og ydelser. I den efterfølgende tabel 6.2 er udgifterne opgjøret i gennemsnit pr. borger i hver af grupperne.

Tabel 6.1 Samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til de socialt udsatte 18-79-årige i hver af grupperne. 2014. Millioner kroner.

	1	2	3	4	5	6	7	8	Udsatte grupper samlet
	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psyk. lidelse m. misbrug + kompleksitet	
Somatisk behandling	3.365	866	973	206	92	793	595	375	7.264
Psykiatrisk behandling	1.266	1.983	21	15	81	1.294	21	417	5.098
Medicintilskud	343	300	56	19	10	150	30	46	954
Misbrugsbehandling	9	5	155	256	8	242	211	153	1.039
Herberg	0	0	0	0	288	0	208	225	721
Øvrige ydelser efter serviceloven	1.954	2.985	230	126	128	1.350	187	438	7.399
Hjemmehjælp og hjemmesygepleje	536	307	280	29	9	201	130	83	1.575
Fængsel og retssager	294	71	50	78	64	134	401	335	1.426
Beskæftigelsesindsatser	704	206	79	93	56	196	76	69	1.479
Kontanthjælp	3.919	1.261	596	499	366	1.208	600	507	8.957
Førtidspension	3.094	3.215	914	370	231	1.716	704	598	10.843
Folkepension ¹	746	350	428	24	23	185	89	35	1.879
Anden overførsel ²	5.242	1.243	808	348	116	848	284	180	9.069
Bruttoudgifter i alt før skat	21.472	12.792	4.590	2.064	1.472	8.317	3.537	3.460	57.704
Betalt skat	-8.586	-2.103	-2.240	-640	-223	-1.590	-603	-398	-16.383
Nettoudgifter i alt efter skat	12.885	10.689	2.351	1.424	1.249	6.727	2.933	3.063	41.321
Antal personer	139.645	41.245	29.786	13.308	5.602	30.174	12.818	9.038	281.616

Note 1: Folkepension er fraregnet folkepensionens grundbeløb.

Note 2: Øvrige overførselsydelse er dagpenge, efterløn, SU, boligstøtte, børnetilskud og børnefamilieydelse.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 6.1 viser, at de samlede udgifter i 2014 for de otte udsatte grupper var på ca. 57,7 mia. kr. Heraf udgjorde udgifterne til indkomstoverførsler ca. 30,7 mia. kr., mens udgifterne til sociale og behandlingsmæssige indsatser udgjorde ca. 27,0 mia. kr. Det er således lidt over halvdelen af udgifterne til de udsatte grupper, der udgøres af indkomstoverførsler, mens øvrige indsatser og ydelser udgør lidt under halvdelen af udgifterne.

Når vi opgør de samlede udgifter, skal vi tage højde for, at de udsatte grupper også betaler ca. 16,4 mia. kr. i skat. Når dette beløb trækkes fra de samlede udgifter, er der tale om nettoudgifter på ca. 41,3 mia. kr. Skattebetalingen i de udsatte grupper afspejler dels, at overførselsindkomsterne er bruttoindkomster, hvoraf der betales almindelig indkomstskat, dels at der også er en del af borgerne i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse. Det er særligt i grupperne med de mindre kom-

plekse problemer, nemlig grupperne med moderate psykiske lidelser (gruppe 1) og alkoholmisbrugere uden kompleksitet (gruppe 3), at en betydelig del er i beskæftigelse, mens kun få er i beskæftigelse i grupperne med de mest komplekse problemer (ikke vist). I det efterfølgende kapitel 7 ser vi nærmere på forhold omkring beskæftigelse og forsørgelsesgrundlag i de udsatte grupper.

Tabel 6.2 Gennemsnitlige brutto- og nettoudgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-79-årige pr. person i hver af grupperne. 2014. Kroner.

	1	2	3	4	5	6	7	8	Udsatte grupper samlet
	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk misbrug m. kompleksitet	
Bruttoudgifter pr. person, kr. (før skat)	153.696	309.982	154.081	155.055	262.747	275.621	275.823	382.989	204.827
Nettoudgifter pr. person, kr. (efter skat)	92.209	258.993	78.890	106.972	223.003	222.927	228.747	338.970	146.653
Antal personer	139.645	41.245	29.786	13.308	5.602	30.174	12.818	9.038	281.616

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

De to grupper med de mest komplekse problemer (gruppe 7 og 8) står for ca. 6,0 mia. kr. ud af de i alt 41,3 mia. kr. i nettoudgifter (tabel 6.1). Disse to grupper udgør tilsammen ca. 22.000 personer. Det er i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), at vi finder de højeste gennemsnitlige udgifter pr. person med ca. 383.000 kr. i bruttoudgifter og ca. 339.000 kr. i nettoudgifter (tabel 6.2). De gennemsnitlige udgifter er noget lavere i gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7), med brutto- og nettoudgifter på hhv. 276.000 kr. og 229.000 kr. Det ses også af tabel 6.1, at udgifterne for de to grupper med de mest komplekse problemer er sammensat af betydelige udgifter på en række forskellige udgiftsområder i form af udgifter til både somatisk behandling, misbrugsbehandling, herberger, øvrige ydelser efter serviceloven, fængsler og retssager mv.

Gruppe 6, som udgøres af ca. 30.000 øvrige psykisk syge misbrugere, repræsenterer nettoudgifter for 6,7 mia. kr., svarende til ca. 223.000 kr. i nettoudgifter pr. person i denne gruppe.

De største samlede udgifter finder vi i gruppen med moderat psykisk lidelse med nettoudgifter for i alt 12,9 mia. kr. Denne gruppe er også antalsmæssigt langt den største gruppe med ca. 140.000 personer, og de gennemsnitlige nettoudgifter pr. borger i denne gruppe er med 92.000 kr. væsentligt lavere end i grupperne med komplekse problemer. Samme udgiftsniveau pr. person findes i gruppen af alkoholmisbrugere uden øvrig kompleksitet (gruppe 4) med ligeledes 107.000 kr. i nettoudgifter pr. person.

De næststørste samlede udgifter findes i forbindelse med gruppen med svære psykiske lidelser (gruppe 2), der også er den næststørste gruppe, og som samlet set repræsenterer nettoudgifter for 10,7 mia. kr. De gennemsnitlige udgifter pr. person i denne gruppe er samtidig relativt høje med nettoudgifter pr. person på ca. 259.000 kr. i gennemsnit. Der er i denne gruppe særligt betydelige udgifter til psykiatrisk behandling, ydelser efter serviceloven samt til førtidspension.

Når vi sammenligner udgifterne på tværs af de udsatte grupper, er der en tydelig tendens til, at de gennemsnitlige udgifter følger graden af kompleksiteten i udsathed. Det er således i grupperne med de mest komplekse problemer, samt i gruppen med svære psykiske lidelser, at vi finder de

højeste gennemsnitlige udgifter, mens udgifterne pr. person er væsentligt lavere i grupperne med mindre komplekse problemer. Deri ligger samtidig en "registreringseffekt", idet kompleksiteten i grupperne er defineret gennem karakteristika (fx psykiatriske diagnoser og misbrugsdiagnoser), der i vid udstrækning registreres i de respektive behandlingssystemer, der samtidig udgør brugen af de forskellige indsatser. På trods af denne registreringseffekt viser analyserne, at man for at forstå mønstrene i de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet og udgifterne, der er forbundet herved, må tage højde for kompleksiteten i udsatheden. Derved bliver det tydeligt, at de mest udsatte grupper med de mest komplekse problemer bruger mange forskellige dele af velfærdssystemet, og at det samtidig er i disse grupper, at vi finder de højeste udgifter for den enkelte borger.

I tabel 6.3 er det opgjort, hvor stor en del af udgifterne på hvert enkelt velfærdsområde der anvendes til indsatser og ydelser for de udsatte grupper. De samlede udgifter på hvert område er således opdelt på udgifter vedrørende de udsatte grupper i alt og på udgifter til indsatser og ydelser for den øvrige befolkning. Da skattebetalingen for borgerne i den øvrige befolkning væsentligt overstiger de samlede udgifter på de medtagne udgiftsområder, ser vi i det følgende først og fremmest på de udsatte gruppers andel af bruttoudgifterne til indsatser og ydelser.

Tabel 6.3 Samlede udgifter forbundet med specifikke indsatser og ydelser til 18-79-årige samt de socialt udsatte gruppers andel af udgifterne. Særskilt for de udsatte grupper i alt og for den øvrige befolkning. 2014. Millioner kroner og procent.

	Udsatte grupper i alt	Den øvrige befolkning	Samlet	Udsatte gruppers andel
Somatisk behandling	7.264	54.078	61.342	12
Psykiatrisk behandling	5.098	108	5.206	98
Medicintilskud	954	3.634	4.588	21
Misbrugsbehandling	1.039	90	1.129	92
Herberg	721	0	721	100
Øvrige ydelser efter serviceloven	7.399	11.779	19.178	39
Hjemmehjælp og hjemmesygepleje	1.575	4.709	6.283	25
Fængsel og retssager	1.426	3.455	4.881	29
Beskæftigelsesindsatser	1.479	3.043	4.522	33
Kontanthjælp	8.957	18.341	27.298	33
Førtidspension	10.843	29.603	40.445	27
Folkepension ¹	1.879	33.518	35.397	5
Anden overførsel ²	9.069	86.565	95.634	9
I alt før skat	57.704	248.921	306.625	19
Betalt skat	-16.383	-387.688	-404.071	4
I alt efter skat	41.321	-138.767	-97.446	
Antal personer	281.616	3.795.304	4.076.920	7

Note 1: Folkepension, eksklusive folkepensionens grundbeløb.

Note 2: Øvrige overførselsydelse er dagpenge, efterløn, SU, boligstøtte, børnetilskud og børnefamilieydelse.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

De udsatte grupper udgør i alt 7 pct. af befolkningen mellem 18 og 79 år, men står for 19 pct. af udgifterne på de udgiftsområder, der er opgjort i tabel 6.3. Her skal det tages i betragtning, at de generelle udgifter til både sundhedsydelse og folkepension, der er store udgiftsområder for befolkningen som helhed, indgår i opgørelsen. Som nævnt i kapitel 3 har vi kun medregnet den del af folkepensionen, der overstiger grundbeløbet, da det primært er udgifterne knyttet til pensionstilægget, der varierer mellem de udsatte grupper og den øvrige befolkning.

Ser vi på de mere specifikke udgiftsområder, viser opgørelsen, at de udsatte grupper tegner sig for 25 pct. af udgifterne til hjemmehjælp og hjemmesygepleje, 29 pct. af udgifterne til fængsler og retssager og 39 pct. af udgifterne til de øvrige ydelser efter serviceloven (ud over misbrugsbehandling og ophold på herberg for hjemløse). Ligeledes repræsenterer de udsatte grupper 33 pct. af udgifterne til kontanthjælp og beskæftigelsesindsatser. Det er således en betydelig del af udgifterne på de forskellige områder, der anvendes på indsatser og ydelser til de udsatte grupper.

I den somatiske del af sundhedsvæsenet står de udsatte grupper for 12 pct. af de samlede udgifter til behandlingsmæssige ydelser, og selvom der således også på dette område er tale om en overrepræsentation, er den ikke lige så stor som på de øvrige områder. Her skal det tages i betragtning, at en stor del af udgifterne i sundhedsvæsenet generelt benyttes på sundhedsydelser til de ældste aldersgrupper i befolkningen. Særligt for udgifterne til medicintilskud tegner de udsatte grupper sig dog for en højere andel på i alt 21 pct. af udgifterne.

For behandlingsydelserne i psykiatrien og misbrugsbehandlingen samt for herbergsydelserne er det, pga. definitionen af de udsatte grupper, tæt ved 100 pct. af udgifterne, der udgøres af de grupper, som vi i undersøgelsen har defineret som de udsatte grupper. Når der dog også er registreret udgifter til psykiatrisk behandling og misbrugsbehandling i den øvrige befolkning, skyldes det fx, at der kan være personer, der har været i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem, uden at der er blevet stillet en psykiatrisk diagnose, hvorfor disse borgere indgår i den øvrige befolkning.

Som nævnt indgår også udgifterne til sundhedsvæsenet og til folkepension ud over grundbeløbet i opgørelsen i tabel 6.3. I tabel 6.4 er de samlede bruttoudgifter til indsatser og ydelser for de udsatte grupper og den øvrige befolkning og de udsatte gruppers andel af de samlede udgifter opgjort, fordelt på aldersgrupper. Her ses det, at udgifterne for de udsatte grupper, både i den yngre aldersgruppe mellem 18 og 39 år og i den midaldrende aldersgruppe mellem 40 og 59 år, udgør 24 pct. af de samlede udgifter i alt til de sociale og behandlingsmæssige indsatser og de overførselsindkomstydelser, der indgår i opgørelsen, mens det er 10 pct. i den ældste aldersgruppe mellem 60 og 79 år, hvor udgifterne til sundhedsydelser og folkepension generelt udgør en større del i den øvrige befolkning. Opgørelsen understreger således, at udgifterne forbundet med social udsathed udgør en betydelig andel af velfærdssystemets ydelser og indsatser på en række områder.

Tabel 6.4 Samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til 18-79-årige samt de udsatte gruppers andel, fordelt på aldersgrupper. Særskilt for de udsatte grupper i alt og den øvrige befolkning. 2014. Millioner kroner og procent.

	Udsatte grupper i alt	Den øvrige befolkning	Samlet	Udsatte gruppers andel
18-39 år	22.539	71.232	93.771	24
40-59 år	23.723	75.183	98.906	24
60-79 år	11.442	102.506	113.948	10
I alt	57.704	248.921	306.625	19
Antal personer	281.616	3.795.304	4.076.920	7

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I tabel 6.5 er opgjort de samlede bruttoudgifter til indsatser og ydelser, knyttet til de enkelte udsatte grupper, fordelt på aldersgrupper. Det ses, at hovedparten af udgifterne er knyttet til de yngre og midaldrende aldersgrupper. Af de samlede bruttoudgifter på 57,7 mia. kr. udgør de 22,5 mia. kr. ydelser og indsatser for de 18-39-årige, 23,7 mia. kr. er knyttet til aldersgruppen af 40-59-årige, mens det er 11,4 mia. kr., der er knyttet til indsatser og ydelser for de 60-79-årige.

Ser vi på de enkelte grupper, er der en del variation i fordelingen af udgifterne mellem aldersgrupperne. Det kan særligt bemærkes, at den store gruppe af yngre borgere mellem 18 og 39 år med moderate psykiske lidelser står for udgifter på ca. 9,6 mia. kr. Det er, som beskrevet i kapitel 4, en gruppe, der har været i kraftig vækst igennem de senere år, hvor et stigende antal unge får stillet psykiatriske diagnoser af denne type. I gruppen af alkoholmisbrugere er det derimod den ældste aldersgruppe, der tegner sig for størstedelen af udgifterne, hvilket afspejler, at mange alkoholmisbrugere tilhører denne aldersgruppe.

I gruppen af psykisk syge misbrugere med de mest komplekse problemer (gruppe 8) er langt hovedparten af udgifterne knyttet til de yngre og midaldrende aldersgrupper. Af de i alt 3,5 mia. kr. i bruttoudgifter til de ca. 9.000 borgere i denne gruppe tegner grupperne af 18-39-årige og 40-59-årige sig således for udgifter for hhv. 1,5 mia. kr. og 1,6 mia. kr., mens under 400 mio. kr. andrager udgifter for de ældre i denne gruppe. For misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) er det den midaldrende aldersgruppe, der står for mere end halvdelen af de samlede udgifter.

Tablet 6.5 Samlede bruttoudgifter før skat forbundet med indsatser og ydelser til 18-79-årige i de udsatte grupper, fordelt på aldersgrupper. Særskilt for hver af de udsatte grupper. 2014. Millioner kroner.

	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol- misbrug	4 Stof- misbrug	5 Hjem- løshed	6 Psyk. misbrug	7 Misbrug med kom- pleksitet	8 Psykisk misbrug m. kom- pleksitet	Udsatte grupper samlet
18-39 år	9.626	5.066	380	1.057	585	3.473	884	1.468	22.539
40-59 år	7.903	5.229	2.070	814	709	3.475	1.908	1.615	23.723
60-79 år	3.942	2.497	2.141	192	178	1.369	745	377	11.442
I alt	21.472	12.792	4.590	2.064	1.472	8.317	3.537	3.460	57.704
Antal personer	139.645	41.245	29.786	13.308	5.602	30.174	12.818	9.038	281.616

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I tabel 6.6 er de gennemsnitlige bruttoudgifter pr. borger opgjort, fordelt på køn og aldersgrupper inden for hver af de socialt udsatte grupper samt for den øvrige befolkning på de udgiftsområder, der indgår i analysen. Der er generelt ikke store forskelle mellem mænd og kvinder i de gennemsnitlige udgifter inden for de enkelte udsatte grupper. Derimod er der en del variation i udgifterne mellem aldersgrupper, hvor mønstret i de udsatte grupper med komplekse problemer adskiller sig fra mønstrene i grupperne med mindre komplekse problemer. I de mest udsatte grupper er udgifterne forholdsvis høje i alle aldersgrupperne. I gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer finder vi den højeste gennemsnitlige udgift blandt de 40-59-årige, med ca. 412.000 kr. pr. person, men også blandt de 18-39-årige i denne gruppe er udgifterne forholdsvis høje, med et gennemsnit på ca. 363.000 kr.

I grupperne med mindre komplekse problemer (gruppe 1, 3 og 4) er der større forskel i udgifterne mellem aldersgrupperne, idet udgifterne er lavere i de yngre end i de ældre aldersgrupper. For de yngre borgere i disse grupper er udgifterne væsentligt lavere end i de komplekse grupper. Derimod er der også i grupperne med mindre komplekse problemer tale om forholdsvis høje udgifter for de ældre aldersgrupper. Selvom opgørelserne er baseret på en tværsnitsanalyse, hvor vi således ikke følger alderskohorterne over tid, indikerer analyserne, at udgifterne i grupperne med mindre komplekse problemer stiger markant med alderen, og for de 60-79-årige i de mindre komplekse grupper er de gennemsnitlige udgifter således langt højere end for samme aldersgruppe i den øvrige befolkning.

Tabel 6.6 Gennemsnitlige bruttoudgifter før skat forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-79-årige pr. person i hver af grupperne, fordelt på køn og alder. 2014. Kroner.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol-misbrug	4 Stof-misbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
18-39 år	55.482	134.171	268.778	100.262	118.533	244.758	254.098	246.959	363.236
40-59 år	52.951	167.078	356.502	148.480	227.013	279.992	303.228	303.091	412.479
60-79 år	93.906	191.396	323.067	177.529	239.231	261.988	271.272	252.999	349.152
I alt	65.552	153.696	309.982	154.081	155.055	262.747	275.621	275.823	382.989
<i>Mænd</i>									
18-39 år	42.173	125.880	275.678	90.502	111.962	239.242	258.361	243.452	362.439
40-59 år	43.918	158.363	367.175	144.608	222.695	272.098	312.055	303.875	416.036
60-79 år	90.626	193.450	336.655	179.769	238.195	260.002	273.334	258.241	364.976
I alt	56.281	147.001	323.195	151.173	145.845	257.625	280.999	275.585	385.149
<i>Kvinder</i>									
18-39 år	69.383	138.706	264.815	129.366	143.489	255.378	246.985	279.094	366.596
40-59 år	62.002	171.934	347.708	158.590	238.174	304.397	290.094	300.167	403.483
60-79 år	96.966	190.235	314.288	172.518	240.593	269.558	269.204	239.932	322.397
I alt	74.781	157.393	301.132	161.300	183.866	275.788	267.742	276.870	376.593

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Opgørelserne viser således, at der er et omfattende ressourceforbrug knyttet til indsatser og ydelser for de udsatte borgere, og at omfanget af udgifterne i vid udstrækning øges i takt med kompleksiteten af udsathed. Derved kan der også anlægges et perspektiv på betydningen af *marginal* ændringer i udsathedsprofilen og i ressourceforbruget. Eksempelvis kan der ud fra analyserne ses på grupperne af psykisk syge misbrugere. En sammenligning af analysegrupperne 6 og 8 viser, at der generelt er en forskel i udgiftsniveau i størrelsesordenen 100.000 kr. om året, afhængigt af om der tilstøder yderligere kompleksiteter for gruppen af psykisk syge misbrugere. Selvom der kan være en selektionseffekt mellem de to grupper på den måde, at graden af udsathed kan være højere i gruppe 8 end i gruppe 6, indikerer forskellen i udgiftsprofilen, at der kan være et betydeligt potentiale ved at forebygge tilstødende kompleksiteter i gruppen af psykisk syge misbrugere i form af fx hjemløshed eller kriminalitetsproblemer.

6.2 Udgifter fordelt på indsatser pr. borger i de udsatte grupper

I dette afsnit belyser vi udgifterne på de enkelte indsatsområder nærmere inden for de enkelte udsatte grupper. I figurene 6.1-6.3 er opgjort de gennemsnitlige udgifter pr. borger i hver af de udsatte grupper samt i den øvrige befolkning, særskilt for ydelser, fordelt på køn og alder. Udgifterne er opgjort som bruttoudgifter, men med den gennemsnitlige skattebetaling i gruppen opgjort som et negativt beløb under hver søjle.

Som i de foregående tabeller illustrerer figurene, at de højeste udgifter findes blandt de mest komplekse udsatte grupper (gruppe 7 og 8) samt i grupperne af psykisk syge misbrugere (gruppe

6) og i gruppen med svær psykisk lidelse (gruppe 2). Også i gruppen ramt af hjemløshed (gruppe 5) er der forholdsvis høje udgifter, og her skal det samtidig tages i betragtning, at de hjemløse borgere med de mest komplekse problemer indgår i gruppe 7 og 8.

Det ses af figurerne særligt, hvordan udgifterne i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) udgøres af udgifter på mange forskellige områder med betydelige udgifter til både psykiatrisk behandling, herbergsophold og udgifter i fængsels- og retsvæsenet.

Særligt for de yngre mænd mellem 18 og 39 år i de mest komplekse udsatte grupper (gruppe 7 og 8) udgør udgifter til fængsels- og retsvæsenet en betydelig andel af de samlede udgifter. Blandt de yngre mandlige misbrugere med komplekse problemer udgør disse udgifter omkring en tredjedel af de samlede gennemsnitlige udgifter, svarende til 77.000 kr. pr. person, mens de udgør 71.000 kr. blandt de mandlige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) i samme aldersgruppe, svarende til omkring 20 pct. af de samlede udgifter.

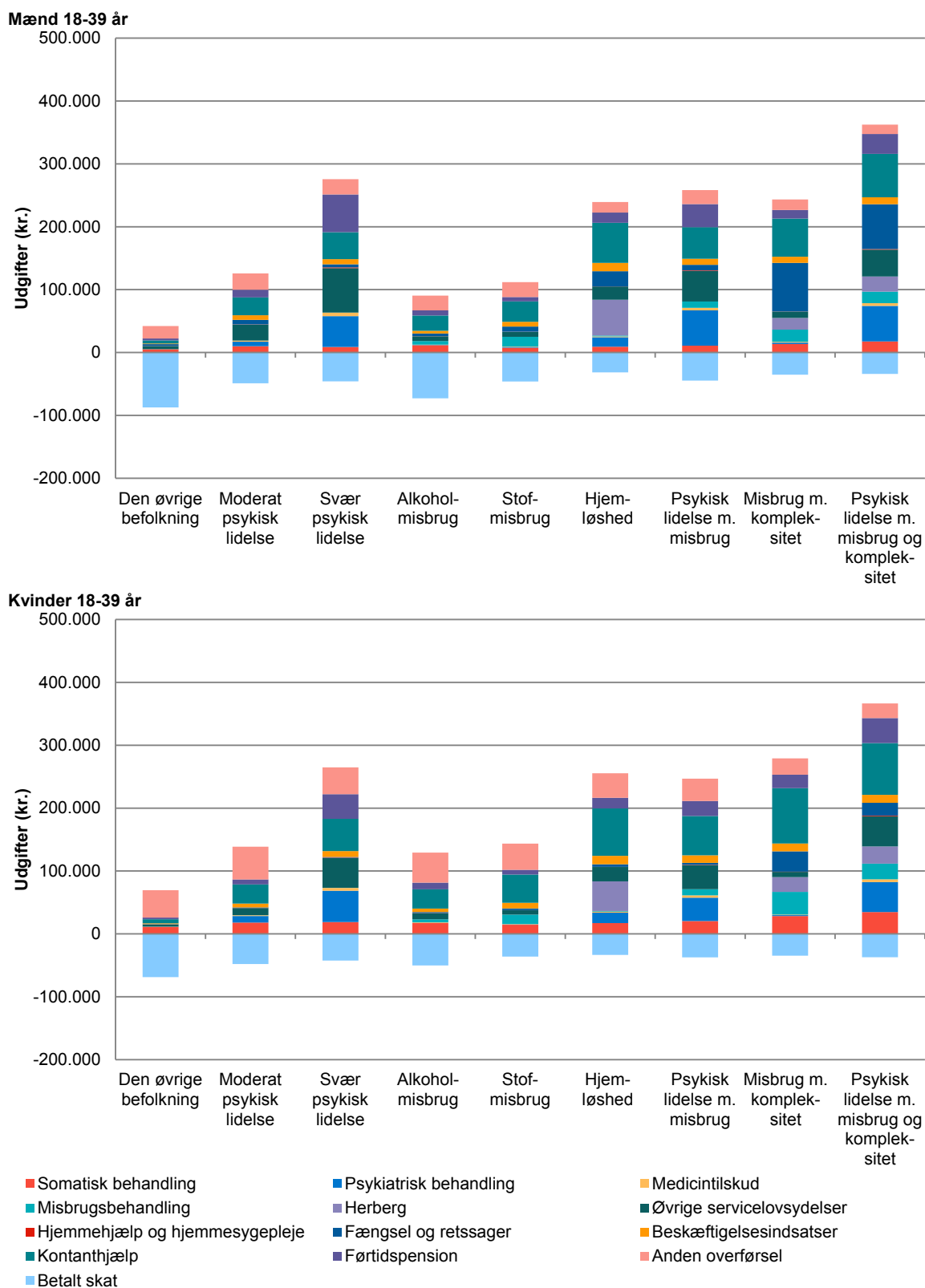
Til sammenligning udgøres hovedparten af udgifterne i gruppen med svære psykiske lidelser uden kompleksitet (gruppe 2) af udgifter til psykiatrisk behandling og øvrige ydelser efter serviceloven (der typisk består af botilbud eller bostøtte). På tværs af både aldersgrupper og køn er der en tydelig tendens til, at omfanget af udgifterne til disse øvrige ydelser efter serviceloven er væsentligt lavere i grupperne med komplekse problemer end i netop gruppen med svære psykiske lidelser uden kompleksitet. Det afspejler bl.a., at der er en lavere andel, der modtager social bostøtte i de komplekse grupper, som vi så i kapitel 5, ligesom det afspejler, at der er en lavere andel i længelevende botilbud i grupperne med mere komplekse problemer. Særligt blandt misbrugerne med komplekse problemer (gruppe 7) udgør udgifterne til de øvrige servicelovsudgifter (ud over misbrugsbehandling og herbergsophold) et meget beskedent beløb, hvilket gør sig gældende på tværs af både køn og aldersgrupper. Disse resultater indikerer, at nogle af de typer af indsatser, der kunne have et forebyggende potentiale og bidrage til at skabe en mere helhedsorienteret indsats, som den sociale bostøtte, ikke når tilstrækkeligt ud i grupperne med de mest komplekse problemer, og særligt ikke blandt misbrugerne, men at der til gengæld er betydelige udgifter til fx fængselsophold og herbergsophold i disse grupper.

For de 18-39-årige (figur 6.1) er udgifterne til kontanthjælp generelt højere end for de øvrige aldersgrupper, hvor udgifterne til førtidspension derimod er tilsvarende højere. For de 40-59-årige (figur 6.2) finder vi de højeste udgifter til førtidspension blandt de svært psykisk syge, hvor udgifterne til førtidspension er 136.000 kr. for 40-59-årige mænd i denne gruppe, mens udgifterne til kontanthjælp er kun godt og vel 19.000 kr. Blandt de 40-59-årige er det kun i gruppen af hjemløse, at udgifterne til kontanthjælp udgør en højere andel af de samlede udgifter end udgifterne til førtidspension.

Allerede blandt de 40-59-årige i de udsatte grupper begynder udgifterne til somatisk behandling at slå igennem, navnlig i de komplekse grupper, og særligt blandt de 60-79-årige (figur 6.3) udgør udgifterne til somatisk behandling og ligeledes udgifter til hjemmehjælp og hjemmesygepleje en betydelig del af de samlede udgifter. Det ses også, at udgifterne til somatisk behandling, hjemmehjælp og hjemmesygepleje er langt højere i de udsatte grupper end i den øvrige befolkning, hvor behandlingskrævende fysiske sygdomme og plejebenhov for langt de flestes vedkommende typisk først sætter ind i en senere alder end i de udsatte grupper.

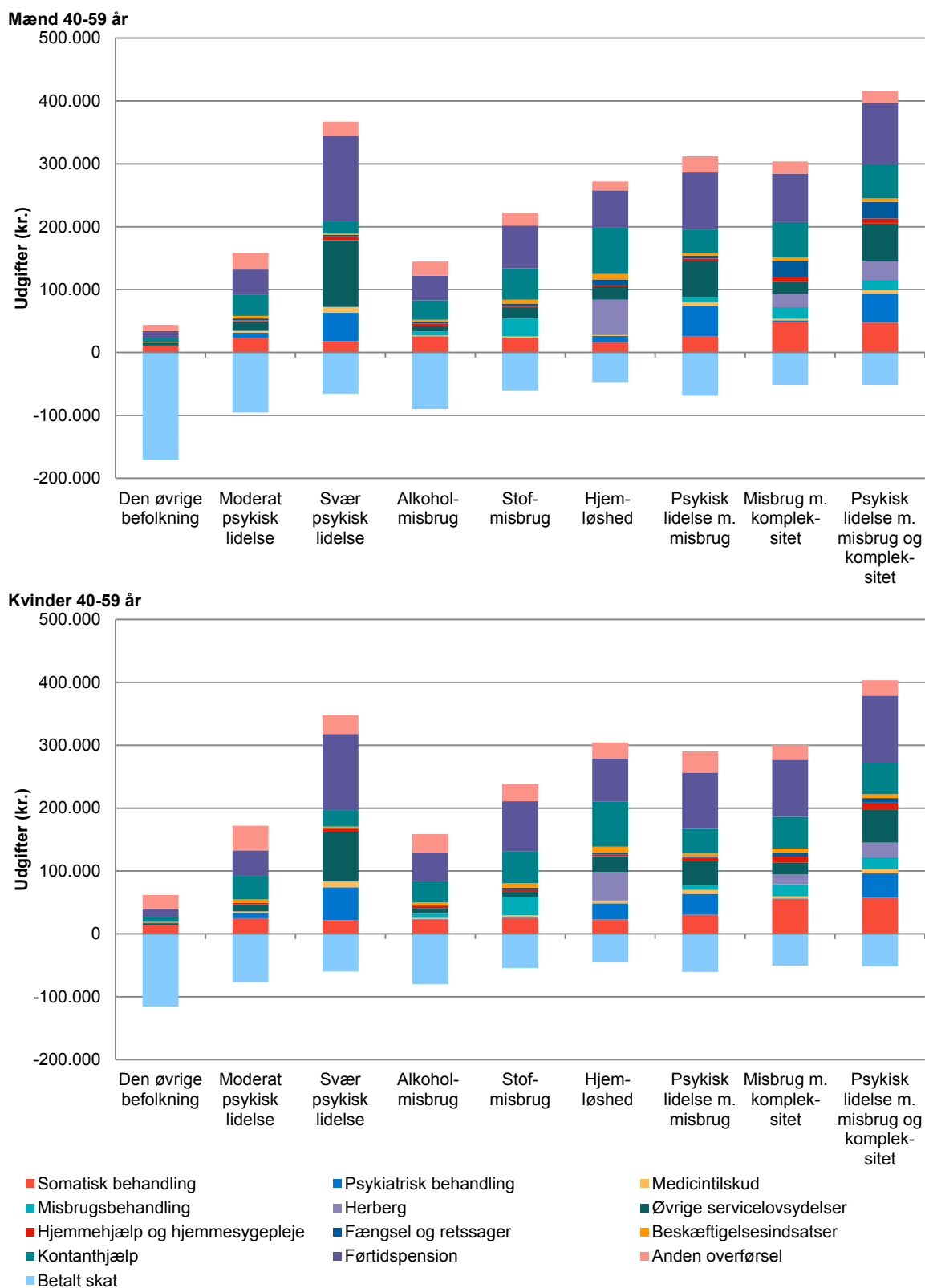
I de efterfølgende afsnit ser vi nærmere på udgiftsstrukturen inden for udvalgte udgiftsområder, nemlig kategorien af øvrige servicelovsudgifter, udgifter til hhv. psykiatrisk behandling og somatisk behandling samt udgifter til retsvæsen og kriminalforsorg.

Figur 6.1 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-39-årige pr. person, fordelt efter typer af ydelser og indsatser. Særskilt for køn og for de enkelte socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

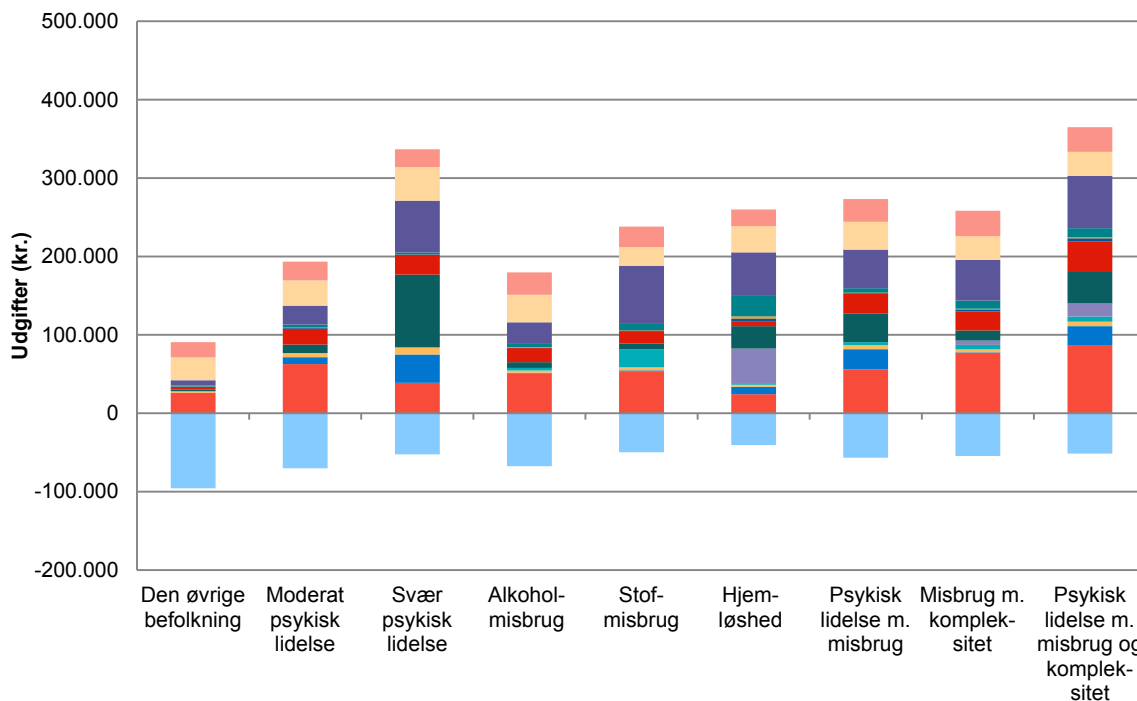
Figur 6.2 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 40-59-årige pr. person, fordelt efter typer af ydelser og indsatser. Særskilt for køn og for de enkelte socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.



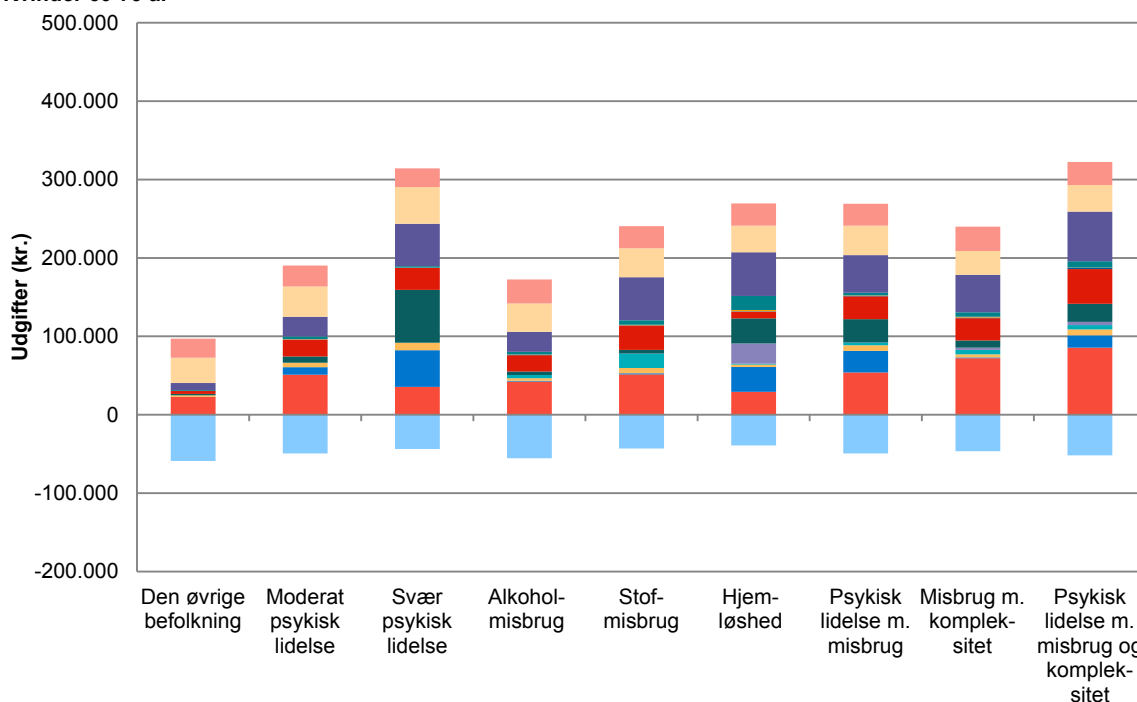
Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 6.3 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 60-79-årige pr. person, fordelt efter typer af ydelser og indsatser. Særskilt for køn og for de enkelte socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.

Mænd 60-79 år



Kvinder 60-79 år



- Somatisk behandling
 - Misbrugsbehandling
 - Hjemmehjælp og hjemmesygepleje
 - Kontanthjælp
 - Anden overførsel
- Psykiatrisk behandling
 - Herberg
 - Fængsel og retssager
 - Førtidspension
 - Betalt skat
- Medicintilskud
 - Øvrige servicelovsydelser
 - Beskæftigelsesindsatser
 - Folkepension

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.3 Udgifter til øvrige ydelser efter serviceloven

I dette afsnit ser vi nærmere på udgifterne til udvalgte ydelser efter serviceloven i form af udgifterne til socialpædagogisk støtte (bostøtte) efter servicelovens § 85, aktivitets- og samværsydelse (§ 104) og midlertidige og længerevarende botilbud (hhv. § 107 og § 108). Figur 6.4 viser de gennemsnitlige udgifter til disse ydelser i hver af de udsatte grupper samt i den øvrige befolkning, opgjort for hver aldersgruppe.

Figurerne viser, at der er en tydelig tendens til, at udgifterne til disse ydelser under serviceloven er væsentligt lavere for de grupper, der primært er defineret ud fra misbrugsproblemer (gruppe 3, 4 og 7), mens de er væsentligt højere for de fleste af de grupper, der er defineret ud fra en psykiatrisk diagnose. Det afspejler de forskelle i andelen, som modtager de forskellige ydelser, der blev belyst i kapitel 5.

Udgifterne til øvrige ydelser efter serviceloven er højest i gruppen med svær psykisk lidelse (gruppe 2), mens disse udgifter særligt i de midaldrende og ældre aldersgrupper er væsentligt lavere i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) og i gruppen af øvrige psykisk syge misbrugere (gruppe 6). Samtidig er kontrasten til udgifterne til disse ydelser i gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) bemærkelsesværdig, hvor de gennemsnitlige udgifter til disse ydelser i denne gruppe er væsentligt lavere i alle de tre aldersgrupper.

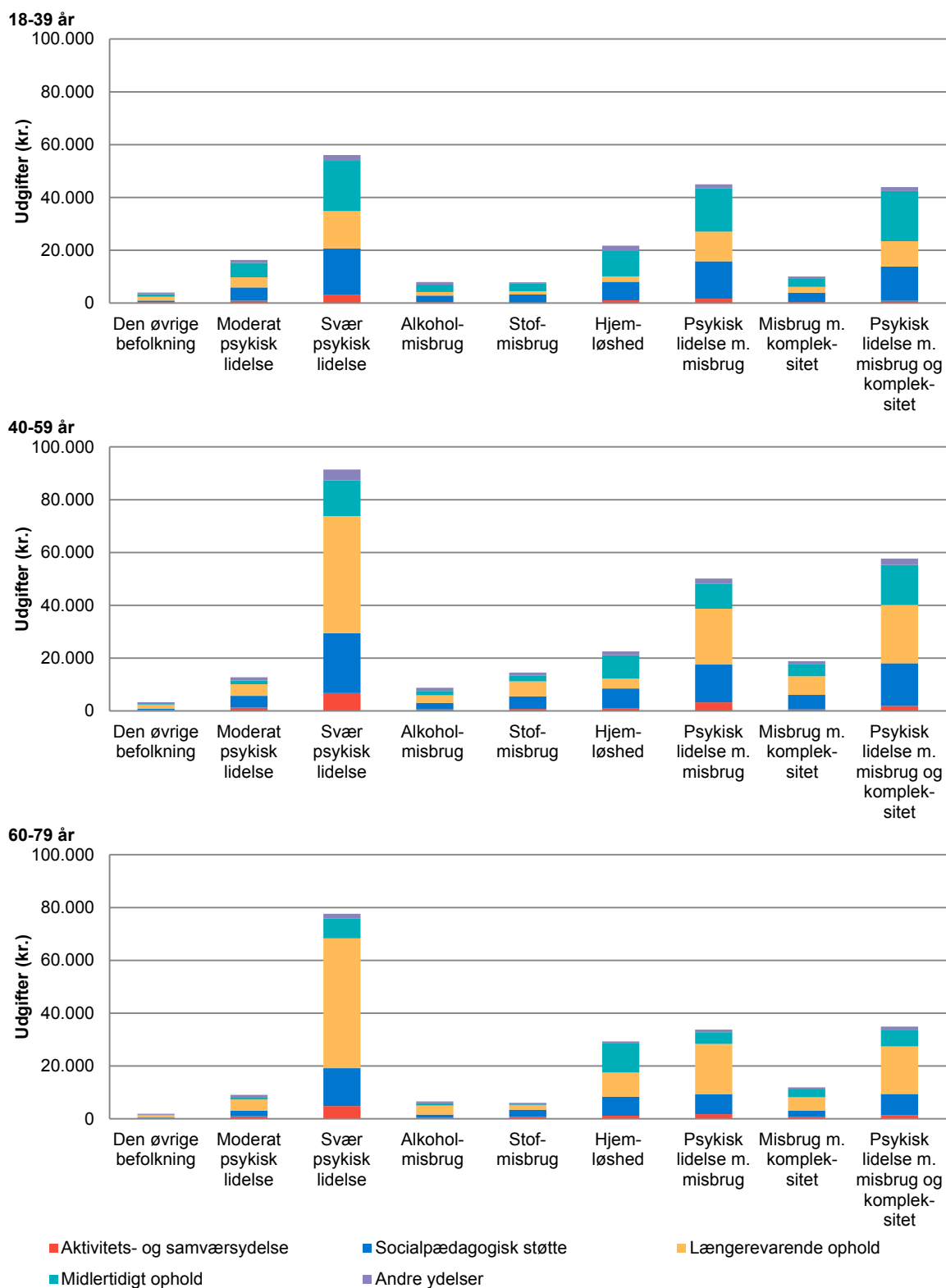
Længerevarende og midlertidige botilbud står for over halvdelen af de samlede udgifter til de øvrige ydelser efter serviceloven for alle de udsatte grupper, og udgifterne til disse ydelser er generelt højest i gruppen af svært psykisk syge (gruppe 2), efterfulgt af grupperne af psykisk syge misbrugere hhv. med og uden komplekse problemer (gruppe 8 og 6), mens udgifterne til disse typer af botilbud er langt lavere for grupperne af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) og gruppen af øvrige stofmisbrugere (gruppe 4).

Ligeledes er udgifterne til socialpædagogisk støtte højest i gruppen med svær psykisk lidelse, efterfulgt af gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) og gruppen af øvrige psykisk syge misbrugere (gruppe 6). Til sammenligning er udgifterne til socialpædagogisk støtte væsentligt lavere i gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) på trods af kompleksiteten af disse borgeres problemer.

Udgifterne til aktivitets- og samværsydelse er generelt meget lav for alle grupperne, men er ligesom for de øvrige ydelser højest for gruppen med svær psykisk lidelse.

I forbindelse med opgørelsen af udgifterne til ovennævnte ydelser efter serviceloven er der en usikkerhed på beregningerne, der knytter sig til, at der, som nævnt i kapitel 3, er anvendt enhedspriser, der er estimeret på tværs af alle målgrupperne for ovennævnte ydelser (jf. Socialpolitisk Redegørelse, 2016). Det skyldes, at der ud fra de centralt tilgængelige tal om kommunernes udgifter på disse områder ikke er mulighed for at fordele disse udgifter på specifikke delmålgrupper, der, ud over udsatte borgere, også omfatter andre målgrupper som fx borgere med handicap.

Figur 6.4 Udgifter forbundet med øvrige ydelser efter serviceloven til socialt udsatte 18-79-årige pr. person, fordelt efter typer af ydelser. Særskilt for aldersgrupper og for de enkelte socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.4 Udgifter til somatisk behandling

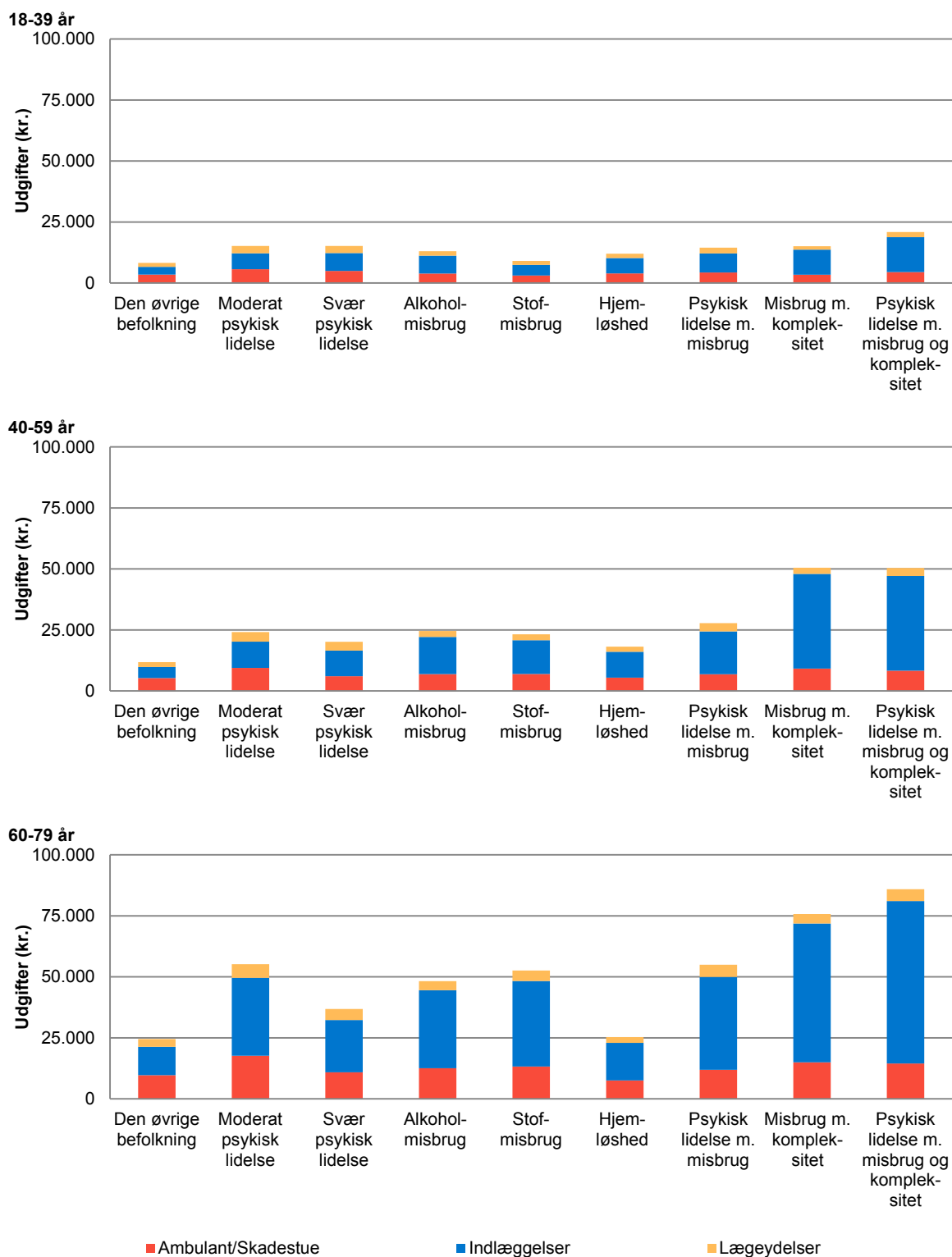
Figur 6.5 viser de gennemsnitlige udgifter til somatisk behandling for hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning, opdelt på aldersgrupper. Udgifterne er opdelt på hhv. indlæggelser, udgifter til ambulante ydelser og skadestueydelser samt udgifter til lægeydelser.

Det ses tydeligt, at udgifterne til somatisk behandling slår kraftigt igennem i de udsatte grupper med stigende alder. Dette gælder for stort set alle de udsatte grupper, mens det er tydeligst i grupperne med de mest komplekse problemer (gruppe 7 og 8), hvor udgifterne til somatisk behandling er højest. Når udgifterne for gruppen af hjemløse (gruppe 5) ikke i samme grad er højere end for den øvrige befolkning, skyldes det, at de hjemløse borgere med komplekse problemer indgår i gruppe 7 og 8.

Indlæggelserne udgør den største udgift for alle de udsatte grupper, på tværs af alder, mens det for de yngre og midaldrende aldersgrupper i den øvrige befolkning er udgifterne til ambulante ydelser, der er størst. Det afspejler, hvordan der særligt er en overhyppighed af indlæggelser blandt de udsatte grupper, der formentlig har vanskeligere ved at benytte de ambulante ydelser. Det ses, at der er meget høje gennemsnitlige udgifter til indlæggelser i de udsatte grupper med de mest komplekse problemer (gruppe 7 og 8). Det gælder allerede blandt de 40-59-årige, og i den ældste aldersgruppe mellem 60 og 79 år er de gennemsnitlige udgifter til indlæggelser således meget højere i de udsatte grupper med komplekse problemer end i de øvrige udsatte grupper og ikke mindst sammenlignet med denne aldersgruppe af ældre i den øvrige befolkning.

Lægeydelserne udgør generelt en ret lille andel af de samlede udgifter til somatisk behandling. Det gælder for både de udsatte grupper og for den øvrige befolkning på tværs af aldersgrupper.

Figur 6.5 Udgifter til somatisk behandling af socialt udsatte 18-79-årige, fordelt på typer af behandling. Særskilt for aldersgrupper og for hver af de socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.5 Udgifter til psykiatrisk behandling

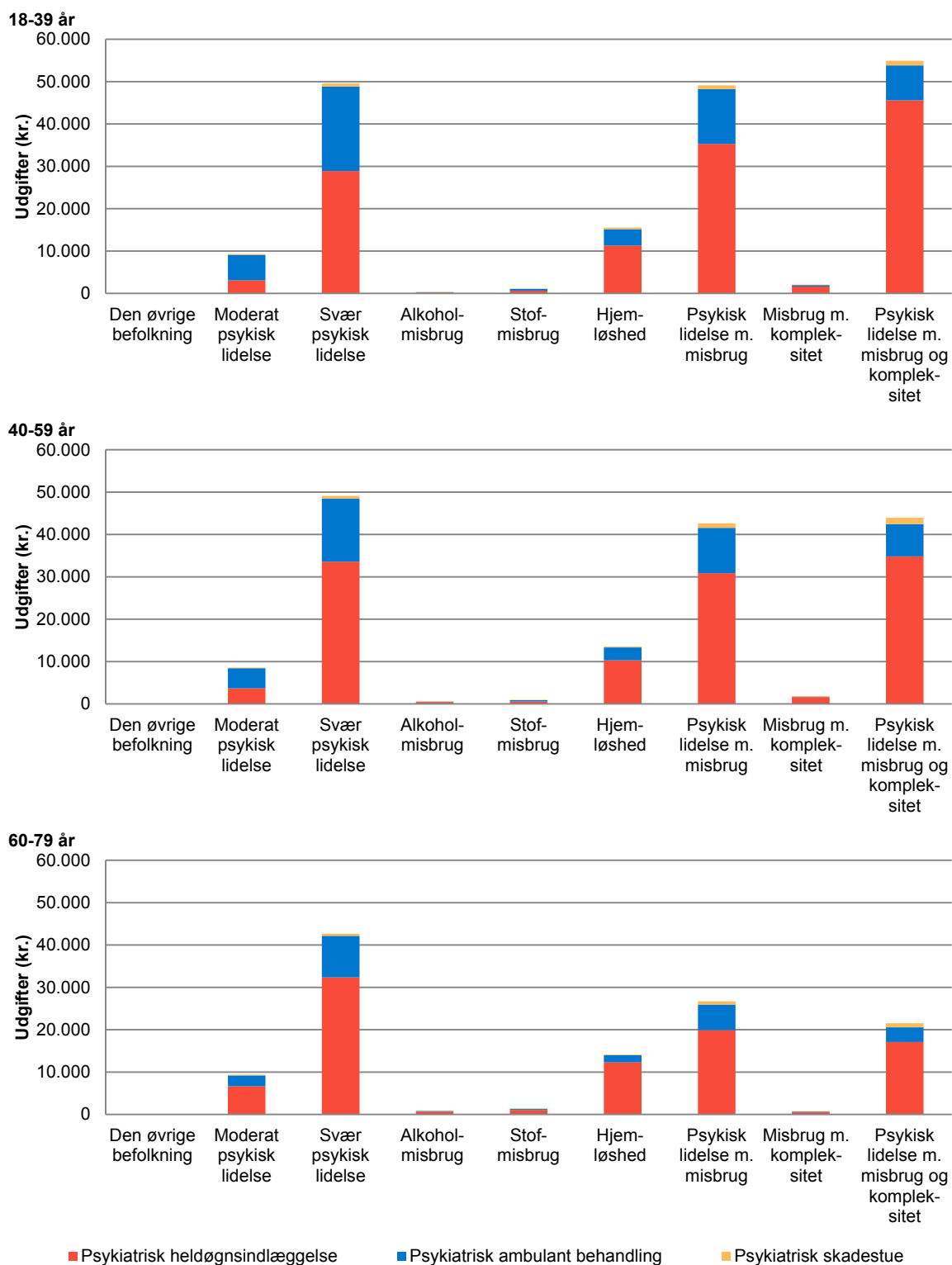
Figur 6.6 viser de gennemsnitlige udgifter til psykiatrisk behandling for hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning, opdelt på aldersgrupper. Udgifterne er opdelt på heldøgnsindlæggelser, ambulante behandling samt behandling på psykiatriske skadestuer. Som følge af vores definition af de udsatte grupper er udgifterne til disse ydelser primært at finde i grupperne med psykiatriske diagnoser.

De samlede udgifter til psykiatrisk behandling er højest for gruppen med svær psykisk lidelse (gruppe 2), efterfulgt af gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) og gruppen af øvrige psykisk syge misbrugere (gruppe 6). Der er også udgifter til psykiatrisk behandling i gruppen af personer ramt af hjemløshed (gruppe 5), men af et lavere omfang end i de førnævnte tre grupper. Her skal vi dog være opmærksomme på, at de hjemløse borgere med de mest komplekse problemer indgår som tidligere nævnt i grupperne 7 og 8. I gruppen med moderate psykiske lidelser (gruppe 1) er udgifterne til psykiatrisk behandling væsentligt lavere end for de øvrige grupper med psykiske lidelser.

Psykiatriske heldøgnsindlæggelser udgør den klart største andel af de samlede udgifter for alle udsatte grupper, på nær i gruppen med moderat psykisk lidelse, hvor ambulante psykiatriske behandling udgør den største andel. Der er en tendens til, at andelen af udgifterne, som udgøres af heldøgnsindlæggelser, stiger i takt med de udsatte grupperes kompleksitet. Det afspejler både et større behov for indlæggelser, og at de udsatte borgere med de mest komplekse problemer har vanskeligst ved at benytte den ambulante del af det psykiatriske behandlingssystem.

Udgifterne til behandling på psykiatrisk skadestue udgør kun en mindre andel af de samlede udgifter til psykiatriske ydelser, og disse udgifter er størst for gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer.

Figur 6.6 Udgifter til psykiatriske behandling af socialt udsatte 18-79-årige, fordelt på typer af behandling. Særskilt for aldersgrupper og for hver af de socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.

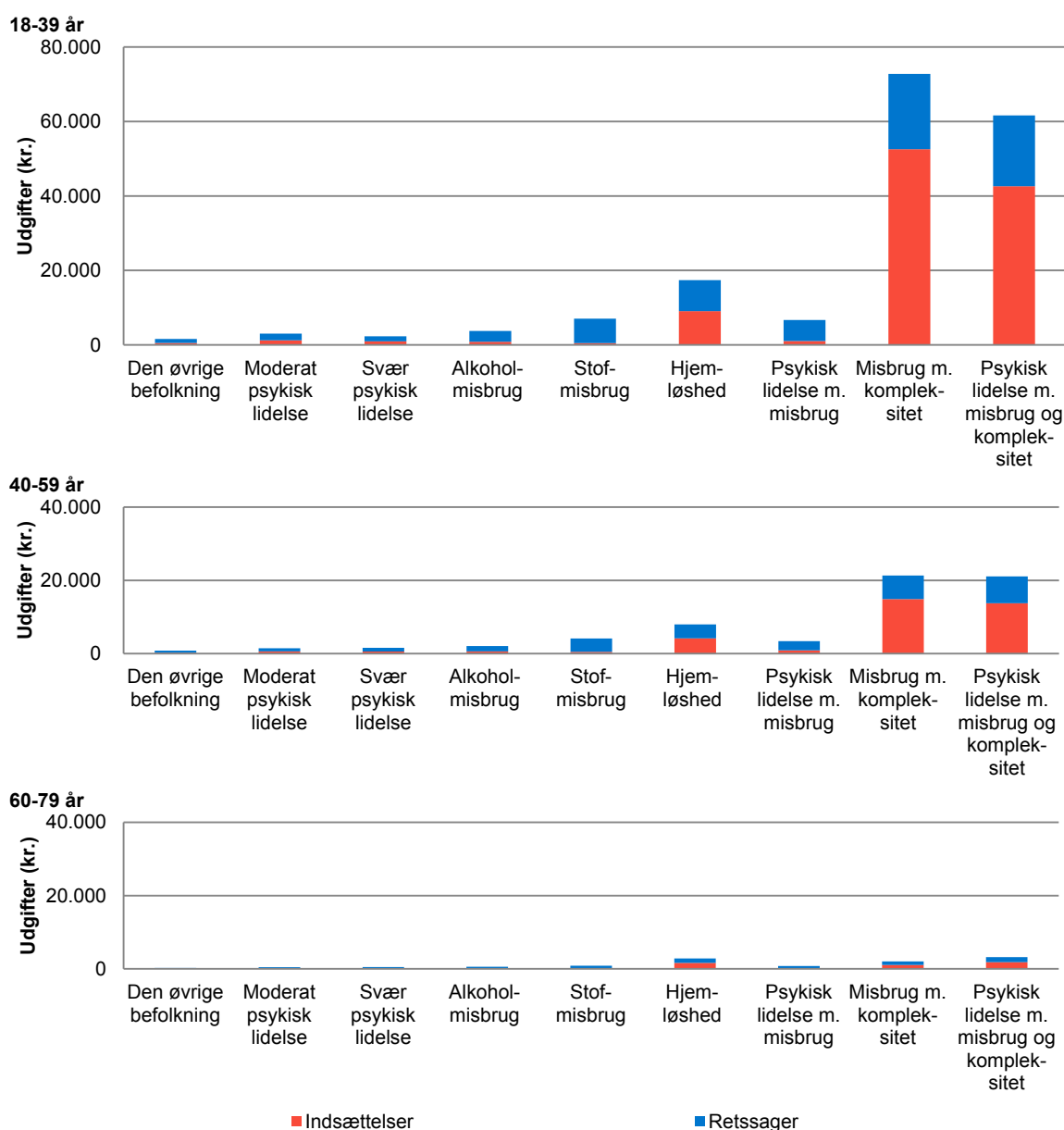


Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.6 Udgifter til retsvæsen og kriminalforsorg

Der er også betydelige udgifter i retsvæsenet og kriminalforsorgen forbundet med den sociale udsathed. I figur 6.7 er opgjort de udgifter, der er forbundet med hhv. retssager og fængselsophold for hver af de udsatte grupper. Særligt i grupperne med komplekse problemer er der betydelige udgifter forbundet med disse områder, primært blandt de 18-39-årige. Her skal det dog tages i betragtning, at definitionen af de udsatte grupper spiller ind på den måde, at et fængselsophold indgår som en af de kompleksiteter, der er med til at definere disse grupper. Mens udgifterne til fængselsophold udgør hovedparten af disse udgifter i de to komplekse grupper, skal det ikke overses, at der også er betydelige udgifter forbundet med retssager.

Figur 6.7 Udgifter til retssager og indsættelser af socialt udsatte 18-79-årige. Særskilt for aldersgrupper og for hver af de socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.7 Variation i udgiftsniveauet inden for de enkelte grupper

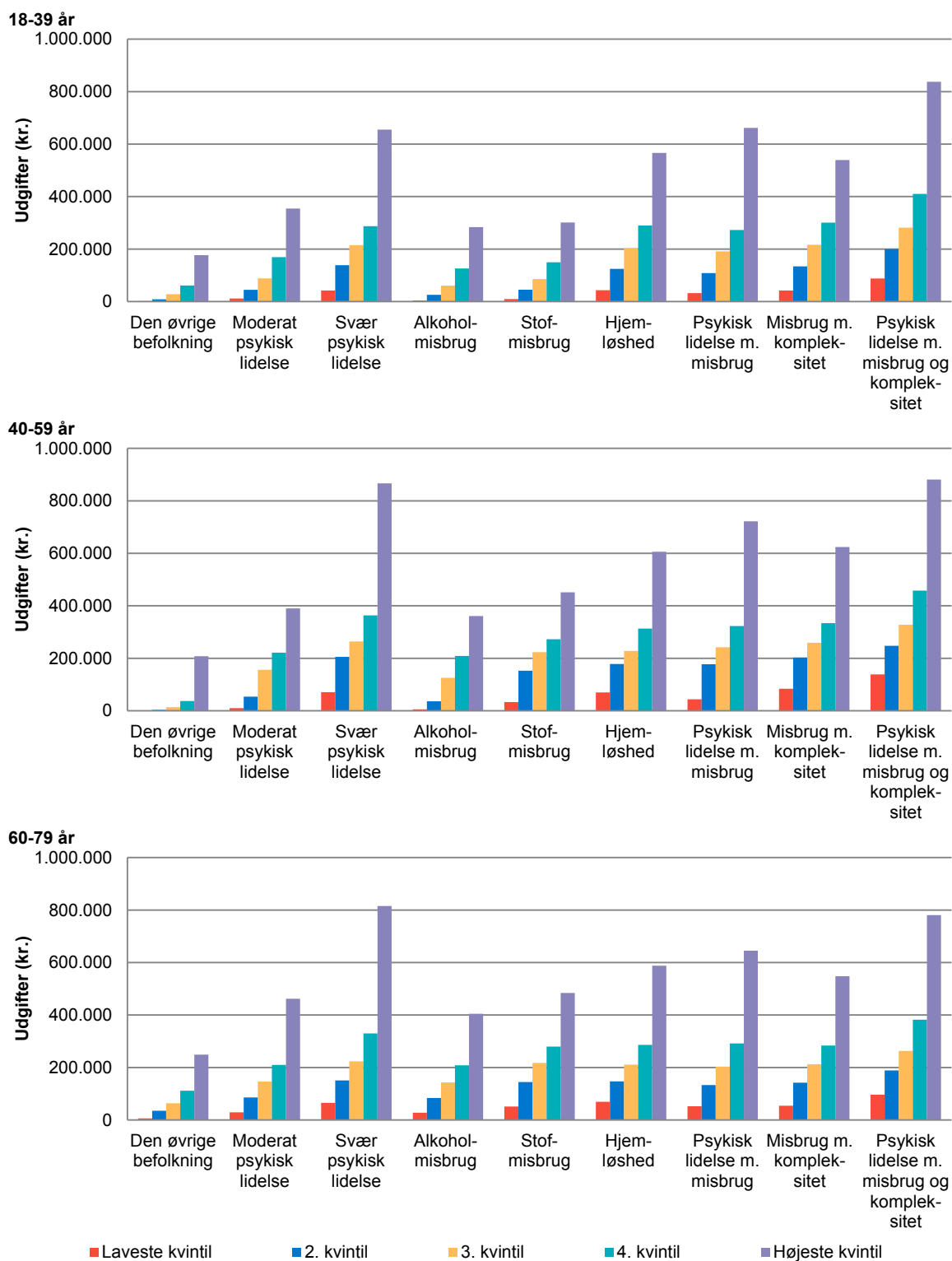
De foregående analyser har vist, at der er en tydelig differentiering i de gennemsnitlige udgifter på tværs af de forskellige udsatte grupper, hvor de højeste gennemsnitlige udgifter generelt er knyttet til grupperne med de mest komplekse problemer. I dette afsnit ser vi nærmere på variationen i udgifterne inden for de enkelte grupper. I figur 6.8 er der inden for hver enkelt af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning foretaget en yderligere opdeling i kvintiler, opgjort efter omfanget af de gennemsnitlige udgifter pr. person. Udgifterne er ved denne opgørelse underestimeret lidt. Det skyldes, at vi for nogle kommuner, som beskrevet i kapitel 3, ikke har oplysninger om brug af ydelser efter serviceloven, hjemmehjælp og hjemmesygepleje, og at det samtidig ville give et fejlagtigt billede at anvende ekstrapolerede udgifter for disse kommuner i denne opgørelse.

Opgørelserne viser, at der også inden for grupperne er en betydelig variation i udgiftsniveauet. Inden for alle grupperne er der således både borgere med væsentligt lavere udgifter end gruppegennemsnittet og omvendt borgere med langt højere udgifter end gennemsnittet for gruppen. Særligt for den femtedel af borgerne med de højeste udgifter (den øverste kvintil) ligger udgifterne pr. borger langt over gennemsnittet i grupperne.

I gruppen af psykisk syge misbrugere med de mest komplekse problemer (gruppe 8) er der således for den femtedel af borgerne med de højeste udgifter tale om gennemsnitlige udgifter på over 800.000 kr. pr. borger i alle aldersgrupperne, både blandt de unge, midaldrende og ældre borgere i denne gruppe. Også i gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) samt i grupperne af øvrige psykisk syge misbrugere (gruppe 6), i gruppen med svære psykiske lidelser (gruppe 2) og i gruppen af hjemløse (gruppe 5) finder vi markant højere udgifter for den øverste udgiftskvintil. Samtidig er der i den ældste aldersgruppe en tendens til, at der også er forholdsvis høje udgifter i den øverste udgiftskvintil i grupperne med mindre komplekse problemer.

Disse analyser viser, at der inden for de enkelte udsatte grupper er borgere, der er kendetegnet ved særligt høje udgifter til indsatser og ydelser. Det kan fx skyldes særligt høje udgifter til et hospitalsophold, et fængselsophold eller et ophold på herberg. Set ud fra et samfundsmæssigt perspektiv er der et særligt potentiale for at nedbringe disse høje udgifter gennem en mere målrettet, forebyggende og helhedsorienteret indsats for disse borgere.

Figur 6.8 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-79-årige pr. person. Særskilt for aldersgrupper og kvintiler for de enkelte socialt udsatte grupper. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.8 Fordeling af udgifterne til de udsatte grupper mellem stat og kommuner

Et væsentligt aspekt omkring udgifterne til indsatser og ydelser for de udsatte grupper vedrører, hvor stor en del af udgifterne der afholdes af staten og regionerne eller kommunerne. I figur 6.9 har vi foretaget en opdeling af de samlede udgifter for hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning i forhold til, om udgifterne afholdes af enten staten/regionerne eller kommunerne.

I opgørelsen er udgifterne for regionerne medregnet til de statslige udgifter. Det skyldes, at vi i figuren også tager højde for borgernes skattebetaling, hvor der ikke betales skat til regionerne, der således generelt får udgifterne dækket af statslige midler.

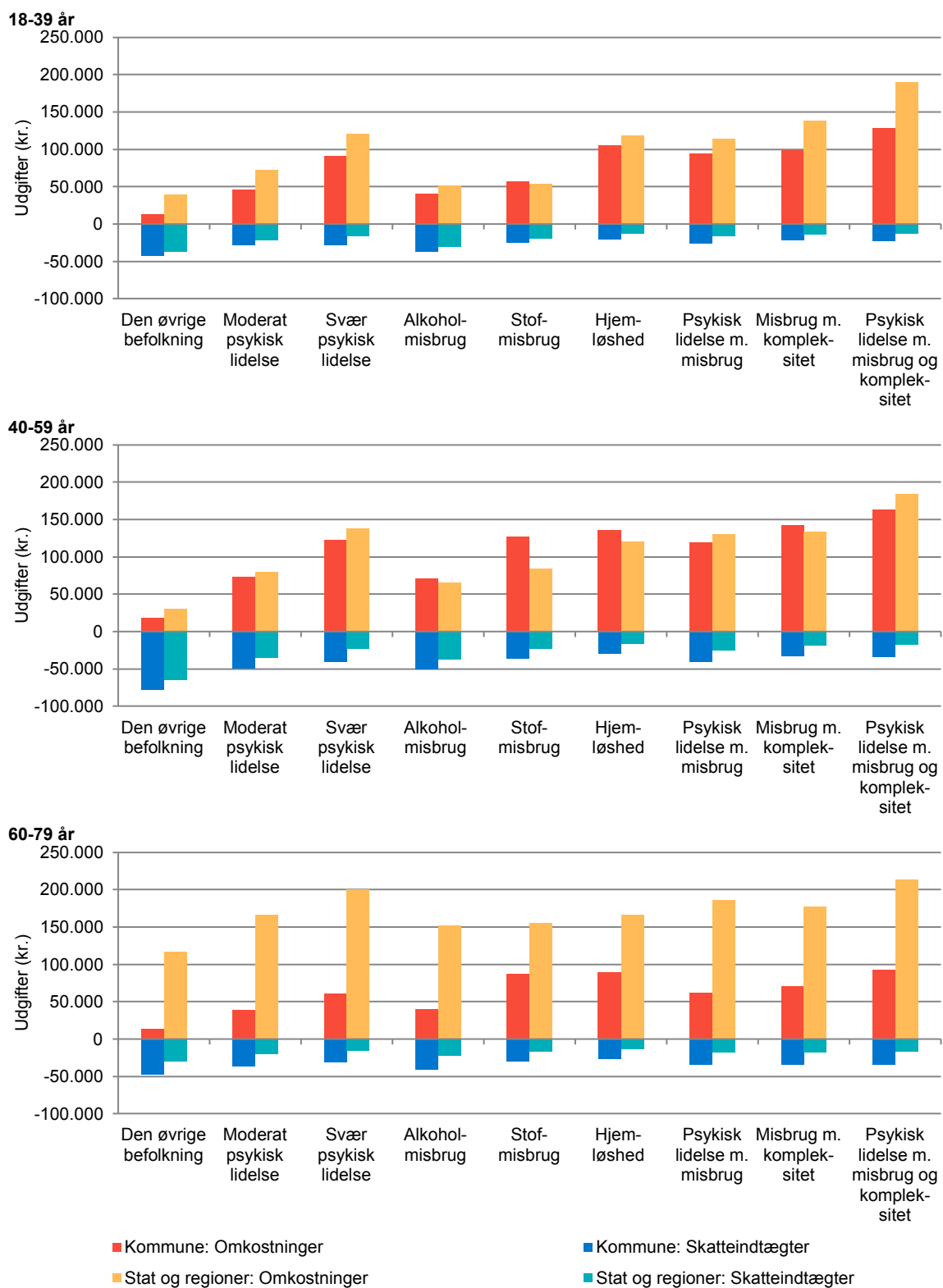
Det ses af opgørelsen, at staten og regionerne generelt afholder en lidt større del af udgifterne end kommunerne. Det gælder særligt i den yngre aldersgruppe mellem 18 og 39 år og i den ældre aldersgruppe fra 60 til 79 år, mens de statslige og kommunale udgifter er mere ligeligt fordelt i den midaldrende aldersgruppe mellem 40 og 59 år.

Fordelingen afspejler bl.a., at der i den yngre aldersgruppe i flere af de udsatte grupper er betydelige udgifter knyttet til fængsels- og retssystemet, der afholdes af staten, mens der i den ældste aldersgruppe er betydelige udgifter knyttet til somatisk behandling i sundhedssystemet, der ligeledes betales af staten gennem regionerne.

Det ses samtidig, at hovedparten af skattebetalingen i de udsatte grupper tilfalder kommunerne, hvilket primært skyldes, at de udsatte grupper langt overvejende tilhører lavindkomstgrupperne, hvor hovedparten af skatten udgøres af kommuneskatten.

Set i forhold til rapportens øvrige analyser viser denne opgørelse således, at en betydelig del (lidt over halvdelen) af udgifterne til de udsatte grupper ligger i den statslige og regionale sektor, primært knyttet til brugen af sundhedsvæsenet og fængsels- og retsvæsenet, samt den del af overførselsindkomsterne, der betales af staten (med de gældende refusionsregler i 2014, hvor tallene er opgjort).

Figur 6.9 Samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-79-årige pr. person samt skatteindtægter pr. person. Særskilt for aldersgrupper og for hver af de udsatte grupper. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

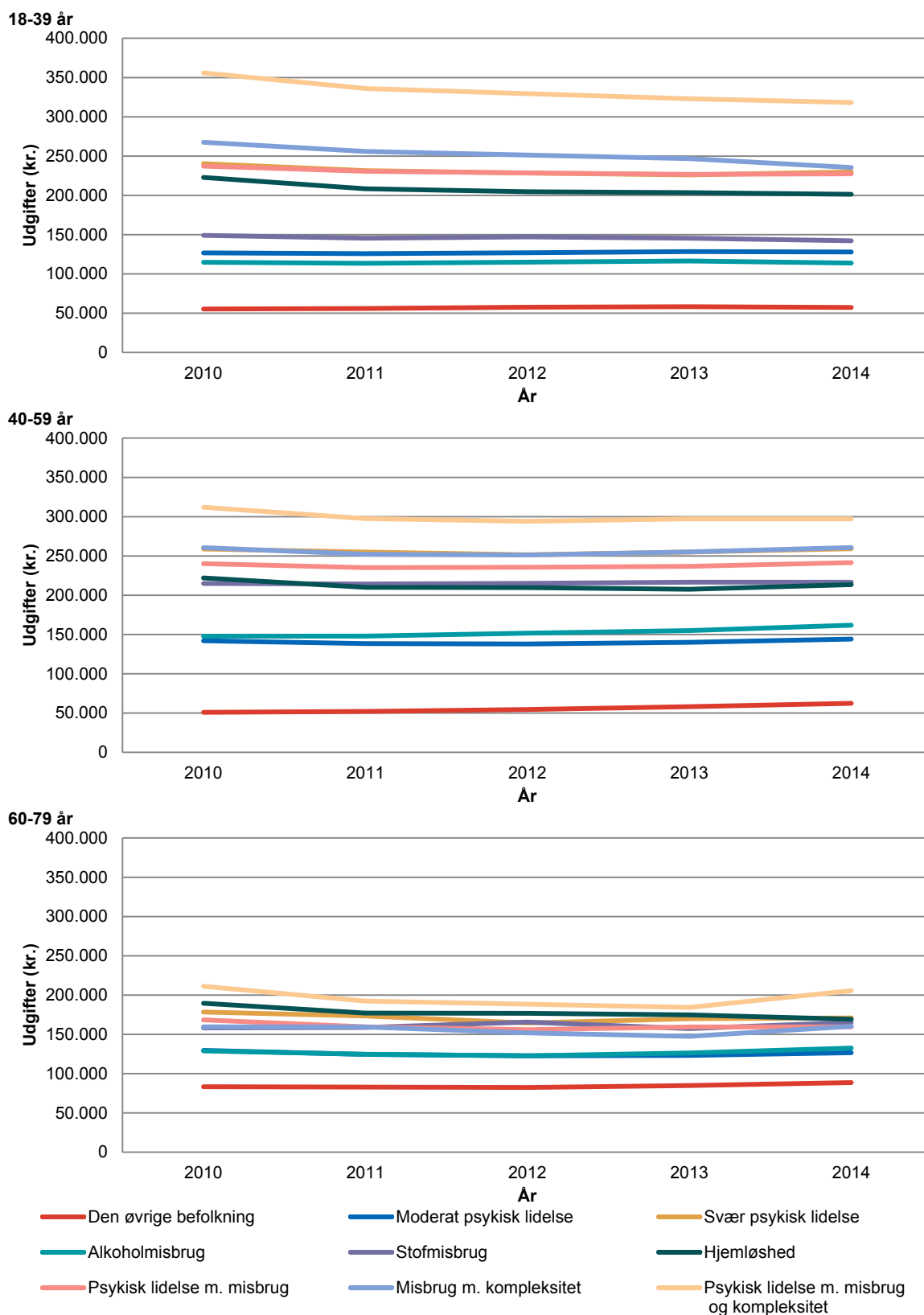
6.9 Udvikling over tid i de samlede udgifter pr. borger

Analyserne i de foregående afsnit i dette kapitel har afdækket de økonomiske omkostninger for det offentlige, der er knyttet til de udsatte gruppers brug af indsatser og ydelser med 2014 som det gennemgående år for opgørelserne. I dette afsnit belyser vi, i hvor høj grad der er tale om vedvarende udgifter over en længere tidsperiode. Denne analyse skal ses i forlængelse af opgørelserne i afsnit 5.6, der viste, at de udsatte gruppers brug af indsatser og ydelser har en ret vedvarende karakter, når brugen af de pågældende ydelser følges over flere år. I dette afsnit ser vi tilsvarende på, hvad der kendetegner udgifterne pr. borger i de udsatte grupper over flere år. Som nævnt i afsnit 5.6 må der dog i en sådan analyse tages hensyn til den måde, vi har målt selve udsathedens på, der netop er baseret på informationer, der er fremkommet gennem disse gruppers brug af en række af velfærdssystemets institutioner. Det er derfor hensigtsmæssigt, ligesom i afsnit 5.6, at forskyde måleperioderne, sådan at vi ser på de helt tilsvarende udsatte grupper, som vi hidtil har fulgt, men målt i en forudgående periode fra 2005 til 2009, hvorefter vi ser på de økonomiske udgifter til indsatser og ydelser i den efterfølgende periode fra 2010 til 2014.

Figur 6.10 viser de gennemsnitlige udgifter pr. borger i perioden 2010-2014 for den øvrige befolkning og de udsatte grupper (målt i 2005 til 2009), særskilt for alder. Opgørelsen viser, at udgiftsniveauet i hver af grupperne vedbliver at være på nogenlunde samme niveau i de efterfølgende år. Dette billede aftegner sig for alle de tre aldersgrupper.

Som analyserne i de foregående afsnit har vist, er udgiftsniveauet generelt højere i grupperne med de mest komplekse problemer. Det gælder særligt i de yngre og midaldrende aldersgrupper, mens forskellen mellem de enkelte grupper er mindre i den ældste aldersgruppe. Opgørelsen i figuren viser, at disse niveauforskelle i udgifterne, knyttet til hver af de udsatte grupper, er af vedvarende karakter. Der er således ikke tegn på, at udgifterne i de enkelte grupper tager af i de efterfølgende år. Tværtimod vedbliver udgifterne til indsatser og ydelser i de udsatte grupper – og navnlig udgifterne i grupperne med komplekse problemer – at være høje over hele den 5-årige periode.

Figur 6.10 Udvikling i de samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-79-årige pr. person i perioden 2010-2014. Særskilt for alder og for hver af de udsatte grupper i 2009 (Målt i 2005-2009). Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.10 Robusthedsanalyse

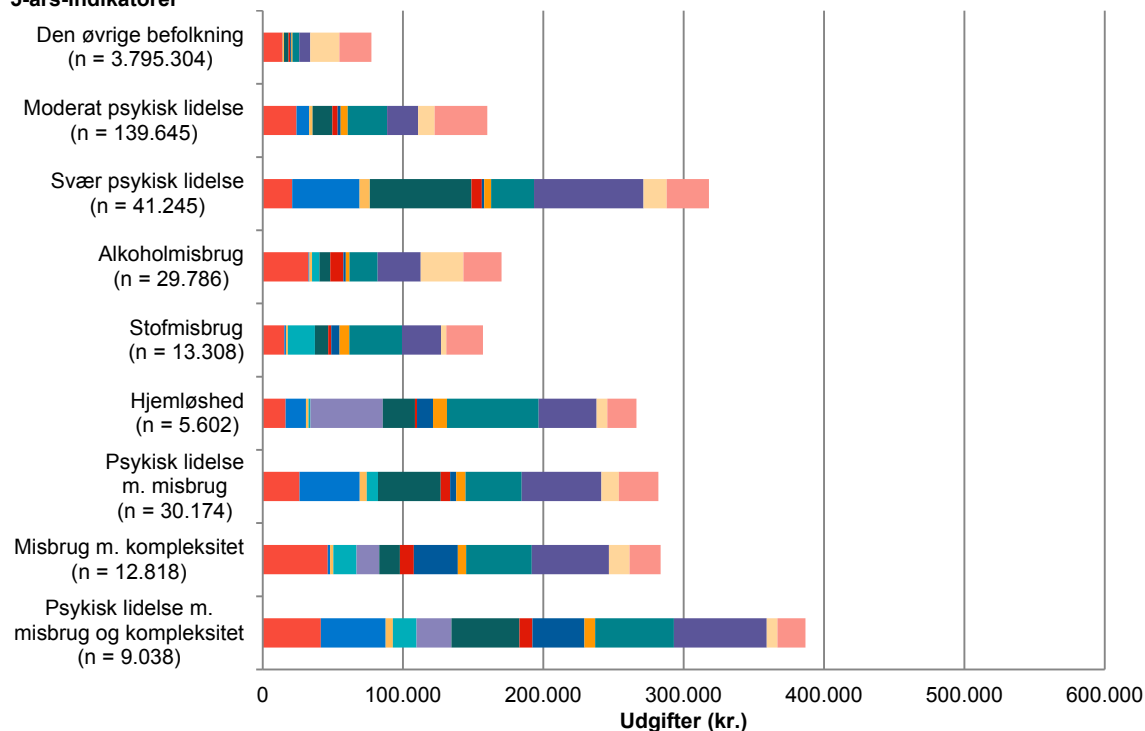
I dette afsnit foretager vi en robusthedsanalyse af opgørelserne af de gennemsnitlige udgifter pr. borger i de udsatte grupper. Vi ser i denne analyse på, hvad det betyder for resultaterne, at udsathed (de udsatte grupper) er defineret gennem en 5-årig måleperiode frem for at måle udsathed i en kortere periode.

Figur 6.11 viser de gennemsnitlige udgifter særskilt for den øvrige befolkning og de udsatte grupper, baseret på enten 5-års- eller 1-års-indikatorer. Sammenligner vi de enkelte grupper på tværs af de to figurer, ser vi tydeligt, at udgifterne til de udsatte grupper, baseret på 1-års-indikatorer, er højere end udgifterne for grupperne, baseret på 5-års-indikatorer. Eksempelvis er udgifterne til gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), baseret på 5-års-indikatorer, omkring 387.000 kr., mens udgifterne for samme gruppe, baseret på 1-års-indikatorer, er knap 533.000 kr. Dette skyldes, at 5-års-indikatorerne, som beskrevet i kapitel 3, afdækker udsathed over en 5-årig periode, hvorfor der ikke nødvendigvis findes udgifter for alle 5 år, hvilket reducerer de gennemsnitlige årlige udgifter. Grupperne, baseret på 1-års-indikatorer, bliver dyrere, da alle udgifter relateret til udsathed ligger i det ene måleår. Forskellen ses også tydeligt i gruppen af borgere, ramt af hjemløshed (gruppe 5), hvor udgifterne til herberg stiger fra gennemsnitligt ca. 51.000 kr. for grupperne, baseret på 5-års-indikatorer, til knap 138.000 kr. for grupperne, baseret på 1-års-indikatorer. Det afspejler, at mange brugere af herberger kun er indskrevet forholdsvis kortvarigt på et herberg, og derfor ligger brugen og dermed udgifterne til herbergerne for mange udsatte i ét enkelt opgørelsesår (Benjaminsen & Enemark, 2017).

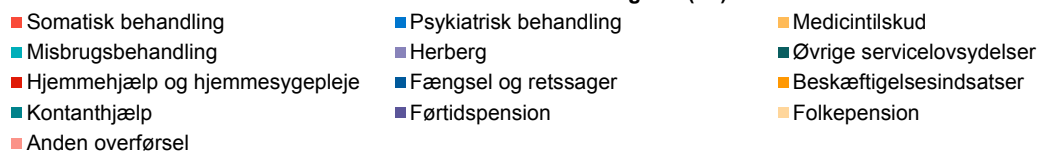
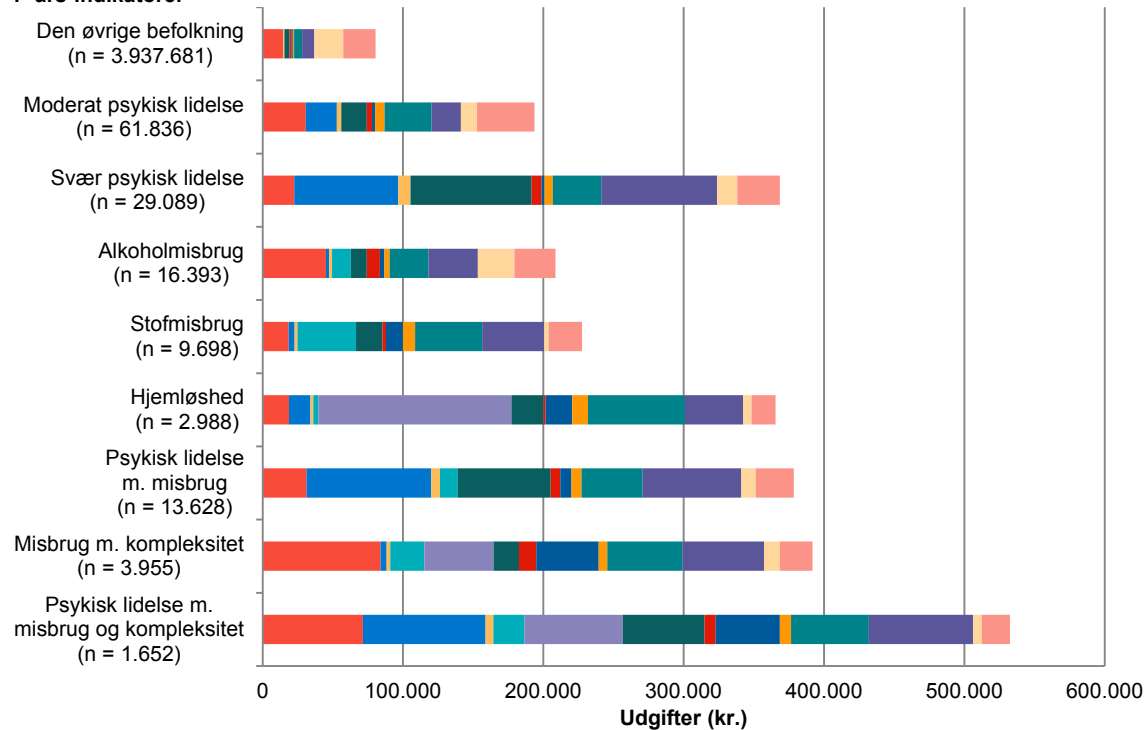
Når vi således i analyserne anvender indikatorer, baseret på 5 år, til at danne de udsatte grupper, resulterer det i lavere udgifter pr. person, end hvis indikatorerne var baseret på et enkelt måleår. Figur 6.10 viser dog samtidig, at brugen af 1-års-indikatorer betyder, at antallet af personer i de udsatte grupper reduceres kraftigt. Det gælder særligt i de mere komplekse udsatte grupper, da det for grupperne, baseret på 1-års-indikatorer, kræves, at udsathed på en række forskellige dimensioner kan identificeres i registrene i løbet af det samme år. Eksempelvis reduceres antallet af personer i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) fra 9.038 til 1.652 personer. Det betyder, at størrelsen af de udsatte grupper ved brugen af 1-års-indikatorerne undervurderes kraftigt, hvilket vil betyde, at de samlede udgifter, forbundet med udsathed (jf. afsnit 6.1), vil blive underestimeret kraftigt.

Figur 6.11 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser i 2014 til socialt udsatte 18-79-årige pr. person, fordelt på typer af ydelser. Særskilt for hver af de udsatte grupper og baseret på enten 5-års-indikatorer (2010-2014) eller 1-års-indikatorer (2014). Kroner.

5-års-indikatorer



1-års-indikatorer



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

6.11 Sammenfatning

I dette kapitel har vi foretaget en analyse af de samlede direkte offentlige udgifter til indsatser og ydelser for borgerne i de udsatte grupper på tværs af velfærdssystemets forskellige sektorer. Opgørelserne viser, at de samlede nettoudgifter (efter skat), knyttet til indsatser og ydelser for de ca. 280.000 borgere i de udsatte grupper, er på ca. 41 mia. kr. om året, hvilket svarer til nettoudgifter på ca. 147.000 kr. pr. borger i de udsatte grupper. Alene for de ca. 22.000 borgere i de to analysegrupper af udsatte borgere med komplekse problemer er de samlede nettoudgifter til indsatser og ydelser på ca. 6 mia. kr. om året. De højeste gennemsnitlige udgifter finder vi i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer, hvor de gennemsnitlige nettoudgifter er på ca. 339.000 kr. pr. borger.

Det er lidt over halvdelen af de samlede udgifter til borgerne i de udsatte grupper, der går til indkomstoverførsler, mens lidt under halvdelen af udgifterne går til øvrige indsatser og ydelser. Her viser opgørelserne, at der er betydelige udgifter forbundet med den sociale udsathed i forskellige sektorer, herunder at den sociale udsathed, ud over udgifterne på det sociale område, også er forbundet med meget store udgifter i sundhedssystemet, ligesom der også er betydelige udgifter i retssystemet og kriminalforsorgen.

På en del af de områder, der indgår i analyserne, er der også udgifter til ydelser for borgerne i den øvrige befolkning, fx ydelser i sundhedssystemet. For borgerne i den øvrige befolkning er de gennemsnitlige nettoudgifter negative, da skatteindtægterne for disse borgere overstiger udgifter til indsatser og ydelser. Ved en sammenligning er det derfor mest hensigtsmæssigt at se på bruttoudgifterne. Her viser opgørelserne, at selv for de udsatte grupper med en lav grad af kompleksitet i udsathed, som i gruppen med moderate psykiske lidelser, er de gennemsnitlige bruttoudgifter væsentligt højere end i den øvrige befolkning.

Analyserne tegner således samlet set et billede af et meget omfattende ressourceforbrug forbundet med indsatser og ydelser til borgerne i de udsatte grupper, og at omfanget af ressourceforbrug i vid udstrækning stiger med graden af kompleksitet i udsathed. Ikke mindst for borgerne i de udsatte grupper med de mest komplekse problematikker er der tale om et højt samlet forbrug af ressourcer, hvilket afspejler, at disse borgere modtager indsatser og ydelser i mange forskellige dele af velfærdssystemet. Det skal dog ikke overses, at også i de øvrige analysegrupper er der tale om et ressourceforbrug, der er væsentligt højere målt pr. borger end i den øvrige befolkning.

7 Udsathed, beskæftigelse og forsørgelse

I dette kapitel belyser vi forsørgelsesgrundlaget i de udsatte grupper. Vi undersøger, hvor stor en andel i de udsatte grupper der er i beskæftigelse, og hvor stor en andel der modtager forskellige former for overførselsindkomst. Når vi ikke har inddraget beskæftigelses- og forsørgelsesgrundlaget i selve definitionen og afgrænsningen af de udsatte grupper (fx undladt at medregne dem i beskæftigelse til de udsatte grupper), skyldes det flere hensyn. Andelen af beskæftigede i de udsatte grupper afhænger således ikke kun af individuelle forhold som fx alvorligheden af en psykisk lidelse eller misbrugsproblemer, men afhænger også af de økonomiske konjunkturer. I en periode med højkonjunktur vil der alt andet lige være en større andel i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse end i perioder med en lavkonjunktur. Ved at se på samspillet mellem udsathed og beskæftigelsessituationen opnår vi i stedet et indblik i, at der ikke er nogen automatisk sammenhæng mellem social udsathed og at være uden for arbejdsmarkedet. Resultaterne illustrerer derimod, at andelen, der er i beskæftigelse, varierer med kompleksiteten af udsathed.

Kapitlets analyser viser, at der både i gruppen med moderate psykiske lidelser og i gruppen af alkoholmisbrugere uden yderligere kompleksitet i udsathed er en betydelig del, der er i beskæftigelse. Derimod er der ret få, der er i beskæftigelse i grupperne med komplekse problemer, hvor hovedparten enten er på kontanthjælp eller på førtidspension. I den yngste aldersgruppe mellem 18 og 39 år er det næsten halvdelen af alle kontanthjælpsmodtagere, der tilhører en af de udsatte grupper.

Kapitlet viser også, hvad der kendetegner brugen af indsatser og ydelser og de økonomiske omkostninger forbundet hermed, afhængigt af beskæftigelses- og forsørgelsesgrundlaget i de udsatte grupper. Vi finder, at personer i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse, har et markant lavere forbrug af indsatser og ydelser end de socialt udsatte, der ikke er i beskæftigelse. Det gælder ikke blot brugen af overførselsindkomstydelser, men også brugen af sociale og behandlingsmæssige indsatser. Analyserne viser samtidig, at der er en del variation i brugen af indsatser og ydelser mellem de forskellige grupper på overførselsindkomst. Den mest omfattende brug af de fleste indsatser finder vi blandt personer på førtidspension, efterfulgt af kontanthjælpsmodtagere. Selv i grupperne med komplekse problemer er der imidlertid en del forskel i omfanget af brugen af sociale og behandlingsmæssige indsatser mellem dem på førtidspension og dem på kontanthjælp. Der er blandt kontanthjælpsmodtagerne særligt en lavere andel, der modtager social støtte under serviceloven, herunder en lavere andel, der modtager social støtte efter servicelovens § 85.

7.1 Beskæftigelse og forsørgelse i de udsatte grupper

I tabel 7.1 er forsørgelsesgrundlaget opgjort i hver af de socialt udsatte grupper og i den øvrige befolkning med baggrund i den enkelte borgers væsentligste indkomstkilde i året. I alle de udsatte grupper er det væsentligt færre, der er i beskæftigelse, end i den øvrige befolkning, og i de fleste af de udsatte grupper er langt hovedparten på overførselsindkomst.

Det er i grupperne med komplekse problemer (gruppe 7 og 8) samt i grupperne med svær psykisk lidelse (gruppe 2) og hjemløshed (gruppe 5), at færrest er i beskæftigelse. Selv i de mest komplekse grupper er der dog en mindre andel, der er i beskæftigelse. Ser vi eksempelvis på de 40-59-årige i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), er det 8 pct., der er i beskæftigelse, mens det i gruppen af øvrige misbrugere med kompleksitet (gruppe 7) er 14 pct., der er i beskæftigelse. Opgørelsen viser samtidig, at blandt de 40-59-årige i de komplekse grupper udgøres den største forsørgelsesgruppe af førtidspensionister, mens den største gruppe blandt de 18-39-årige i de komplekse grupper er på kontanthjælp.

Tabel 7.1 18-79-årige i hver af de socialt udsatte grupper, fordelt efter forsørgelsesgrundlag. Særskilt for aldersgrupper. Procent.

	Den øvrige befolk- ning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol- misbrug	4 Stof- misbrug	5 Hjem- løshed	6 Psyisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kom- pleksitet	8 Psyisk lidelse m. misbrug og kom- pleksitet
<i>18-39 år</i>									
Beskæftigede	62	36	16	53	37	13	20	19	10
Studerende	26	26	16	15	19	13	12	10	7
Ledige/sygedagpenge mv.	3	6	5	6	5	5	5	4	3
Kontanthjælp	3	19	33	15	23	45	38	42	51
Førtidspension	1	5	24	4	3	8	16	7	17
Folkepension/efterløn	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Øvrige ikke-beskæftigede	4	8	7	6	13	16	10	17	13
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>40-59 år</i>									
Beskæftigede	84	45	16	49	25	13	22	14	8
Studerende	< 1	1	< 1	< 1	< 1	1	< 1	< 1	< 1
Ledige/sygedagpenge mv.	3	8	4	8	6	9	7	6	5
Kontanthjælp	4	21	13	18	30	43	22	35	33
Førtidspension	7	22	65	21	37	31	46	42	51
Folkepension/efterløn	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Øvrige ikke-beskæftigede	2	3	2	3	2	4	2	3	3
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>60-79 år</i>									
Beskæftigede	23	11	3	12	8	5	7	5	4
Studerende	< 1	< 1	0	< 1	0	< 1	0	0	0
Ledige/sygedagpenge mv.	1	1	< 1	1	1	3	1	2	1
Kontanthjælp	1	2	1	3	4	16	3	6	6
Førtidspension	5	14	30	14	35	28	25	27	34
Folkepension/efterløn	70	70	65	68	50	46	61	58	53
Øvrige ikke-beskæftigede	1	1	1	2	1	2	2	2	2
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Note: Forsørgelsesgrundlaget er opgjort som den enkelte borgers væsentligste indkomstkilde i året.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I grupperne med moderat psykisk lidelse (gruppe 1) og af alkoholmisbrugere uden kompleksitet (gruppe 3) er en betydelig del blandt både de 18-39-årige og de 40-59-årige i beskæftigelse. Blandt de 40-59-årige med moderate psykiske lidelser er det 45 pct., der er i beskæftigelse, og i gruppen af alkoholmisbrugere i samme aldersgruppe udgør de beskæftigede 49 pct. Selvom væsentligt flere er i beskæftigelse i den øvrige befolkning, hvor 84 pct. af de 40-59-årige er i beskæftigelse, viser opgørelsen, at en betydelig del af personerne i grupperne med de mindre komplekse problemer er i beskæftigelse, på trods af at de er registreret med enten en moderat psykisk lidelse eller et alkoholmisbrug. Det understreger samtidig, at der, når vi bruger begrebet "udsatte grupper" om disse grupper, er tale om en bredere brug af begrebet, end vi sædvanligvis forstår ved social udsathed. Gruppe 1 og 3 kan således snarere betegnes som "risikogrupper", hvoraf en større del

er uden for arbejdsmarkedet end i den øvrige befolkning, men hvor samtidig langt flere er i beskæftigelse end i grupperne med komplekse problemer.

Der er en vis andel af de 18-39-årige i de udsatte grupper, der er registreret som studerende. Selv i grupperne med komplekse problemer er det 7 pct. i gruppe 8 og 10 pct. i gruppe 7, der er opgjort som studerende, og i gruppen af 18-39-årige med moderate psykiske lidelser er det en lige så høj andel på 26 pct., der er registreret som studerende, som i den øvrige befolkning. En mere specifik opgørelse viser, at i grupperne med en lav grad af kompleksitet i udsathed, er hovedparten af personerne under uddannelse studerende på de videregående uddannelser, mens der i grupperne med komplekse problemer primært er tale om studerende på de erhvervsfaglige uddannelser (ikke afbildet). Det er udtryk for, at også en del udsatte unge forsøger at gennemføre en uddannelse. Der kan dog også være tilfælde af, at de udsatte unge gennem SU-systemet opnår en kilde til forsørgelse, der udgør et alternativ til kontanthjælpssystemet. Her skal man være opmærksom på, at de unge i de udsatte grupper har en højere risiko for at afbryde en uddannelse, og at disse grupper ofte har brug for social støtte for at kunne gennemføre et uddannelsesforløb.

Endelig viser opgørelserne i tabel 7.1, at der er en højere andel i de udsatte grupper end i den øvrige befolkning, der står registreret uden et officielt forsørgelsesgrundlag. Blandt de 18-39-årige misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) er det 17 pct., der ikke har et officielt forsørgelsesgrundlag, mens det er 16 pct. i gruppen af hjemløse (gruppe 5) i samme aldersgruppe.

Tabel 7.2 Andelen af personer, der samtidig har modtaget overførselsindkomst i løbet af 2014 blandt de personer i de udsatte grupper og i den øvrige befolkning, som er registreret med beskæftigelse som primær indkomstkilde i 2014. Særskilt for aldersgrupper. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
18-39 år									
Har samtidig modtaget overførselsindkomstydelser i løbet af 2014 blandt personer med beskæftigelse som primær indkomstkilde	27	38	44	33	41	59	46	56	61
Antal personer i alt	790.710	25.740	2.935	2.014	3.289	321	2.740	695	414
40-59 år									
Har samtidig modtaget overførselsindkomstydelser i løbet af 2014 blandt personer med beskæftigelse som primær indkomstkilde	12	29	40	28	38	51	37	48	53
Antal personer i alt	1.192.931	21.233	2.309	6.828	888	325	2.563	883	326
60-79 år									
Har samtidig modtaget overførselsindkomstydelser i løbet af 2014 blandt personer med beskæftigelse som primær indkomstkilde	14	27	35	22	25	47	33	27	39
Antal personer i alt	254.475	2.325	269	1.482	65	36	375	161	41

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Som tidligere nævnt er forsørgelsesgrundlaget i tabel 7.1 opgjort ud fra borgerens væsentligste indkomstkilde i løbet af året. Det skal i den forbindelse tages i betragtning, at selvom der er en del personer i de udsatte grupper, der er registreret som værende i beskæftigelse i 2014, kan der for en dels vedkommende være tale om en mere ustabil beskæftigelse end i den øvrige befolkning. I tabel 7.2 er opgjort andelen, der har modtaget overførselsindkomst (forsørgelsesydelse) på et tidspunkt i løbet af året, samtidig med at de er registreret med beskæftigelse som den primære forsørgelsessituation i 2014. Her ses for alle aldersgrupperne, at denne andel er væsentligt højere for dem, der er registreret med beskæftigelse i de udsatte grupper, end den er for dem, der er beskæftigede i den øvrige befolkning.

7.2 Udsathed inden for forsørgelsesgrupperne

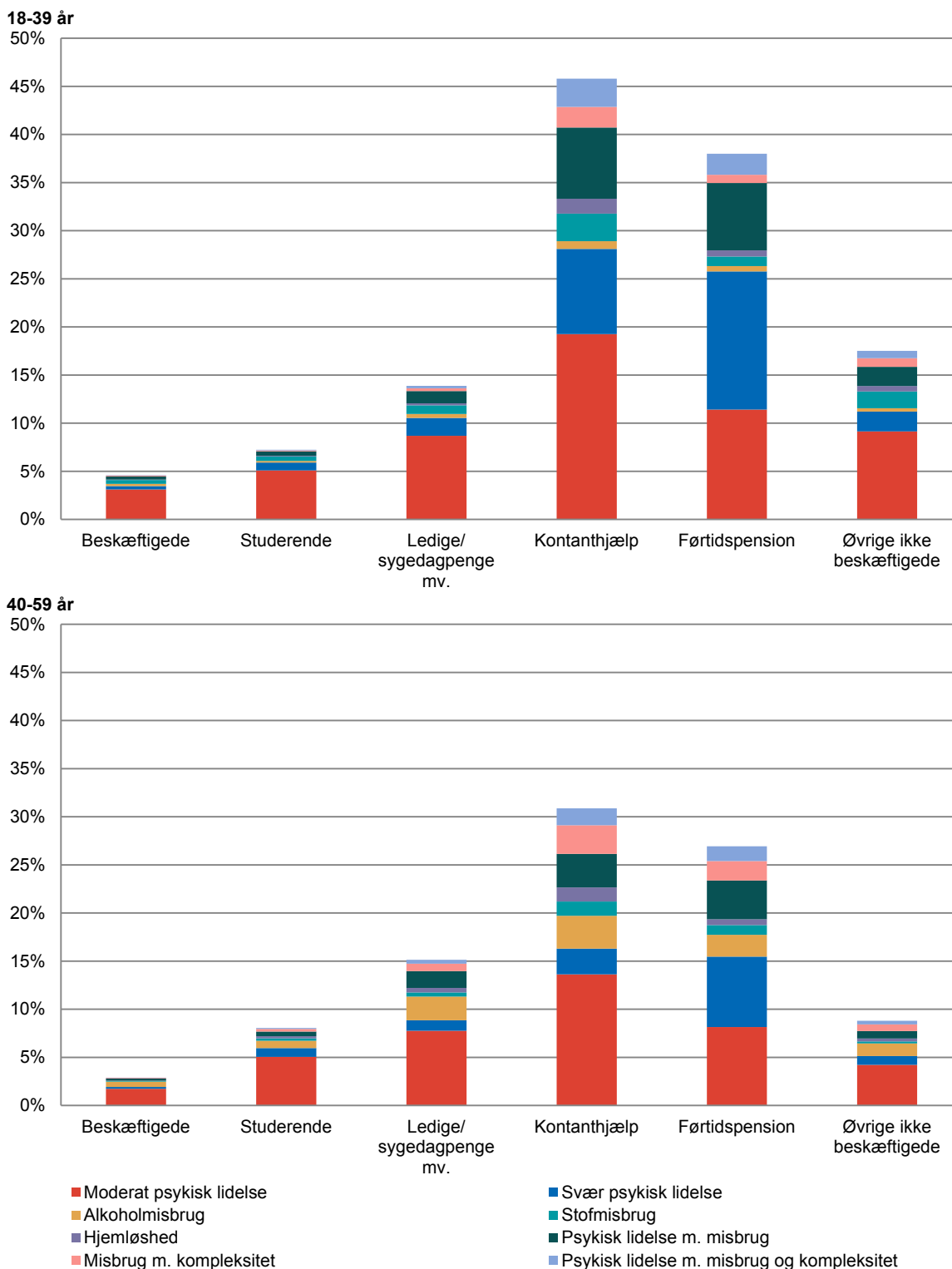
Mens vi i sidste afsnit undersøgte, hvor stor en andel af personerne i de udsatte grupper der er i beskæftigelse eller modtager forskellige former for overførselsindkomst, undersøger vi i dette afsnit, hvor stor en andel de udsatte grupper udgør i de forskellige forsørgelsesgrupper, det vil sige hvor mange i hver forsørgelsesgruppe i befolkningen som helhed, der tilhører de udsatte grupper, som vi har målt gennem registrene. I figur 7.1 er opgjort, hvor stor en andel de udsatte grupper udgør blandt hhv. beskæftigede, studerende, modtagere af dagpenge/sygedagpenge, kontanthjælpsmodtagere, førtidspensionister og de øvrige ikke-beskæftigede, det vil sige gruppen uden et officielt forsørgelsesgrundlag. Da langt hovedparten i den ældste aldersgruppe mellem 60 og 79 år i de udsatte grupper er på folkepension, efterløn eller førtidspension, er opgørelsen i figuren afgrænset til de 18-39-årige og de 40-59-årige.

De udsatte grupper udgør generelt kun en lav andel blandt de beskæftigede og de studerende, hvor det særligt er personer med moderate psykiske lidelser, at vi finder i disse to grupper. Det er også en forholdsvis lav andel, der tilhører de udsatte grupper blandt modtagere af dagpenge/sygedagpenge, med 14 pct. blandt de 18-39-årige og 15 pct. af de 40-59-årige.

De udsatte grupper udgør derimod en stor andel af gruppen af kontanthjælpsmodtagere. Det gælder særligt blandt de yngre kontanthjælpsmodtagere mellem 18 og 39 år, hvor ca. 46 pct. tilhører de udsatte grupper ud fra undersøgelsens registerbaserede afgrænsning af disse grupper. Det er knap 20 pct. af de yngre kontanthjælpsmodtagere, der tilhører gruppen med moderate psykiske lidelser. Der er også en betydelig gruppe med svære psykiske lidelser (ca. 9 pct.) blandt de yngre kontanthjælpsmodtagere, ligesom der er en forholdsvis stor gruppe af psykisk syge misbrugere (ca. 7 pct.). Blandt de 40-59-årige kontanthjælpsmodtagere er det knap en tredjedel, der tilhører de udsatte grupper. I denne aldersgruppe blandt kontanthjælpsmodtagerne er grupperne med svære psykiske lidelser mindre fremtrædende, hvilket afspejler, at flere af de midaldrende med svære psykiske lidelser modtager førtidspension end de unge. Der er således generelt en betydelig del af kontanthjælpsmodtagerne, der tilhører de udsatte grupper.

Det er også en betydelig andel af borgerne, der modtager førtidspension, der tilhører de udsatte grupper, med ca. 37 pct. af de 18-39-årige og 27 pct. af de 40-59-årige på førtidspension. Tallene afspejler dog, at førtidspension også tilkendes af en række andre grunde, som ikke falder ind under afgrænsningen af de udsatte grupper, fx pga. fysisk handicap eller psykisk handicap (kognitiv funktionsnedsættelse).

Figur 7.1 Andelen af personer i alderen 18-59 år, der tilhører specifikke grupper af socialt udsatte. Særskilt for forsørgelsesgrupper og alder. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

For at undersøge udsathed og risikofaktorer blandt kontanthjælpsmodtagerne nærmere har vi i figur 7.2 inddraget en række yderligere oplysninger om, hvad der kendetegner den samlede gruppe af kontanthjælpsmodtagere. Vi ser her på alle kontanthjælpsmodtagere i 2014 mellem 18 og 59 år, opdelt på mænd og kvinder. I figuren har vi for hvert alderstrin opgjort andelen af kontant-

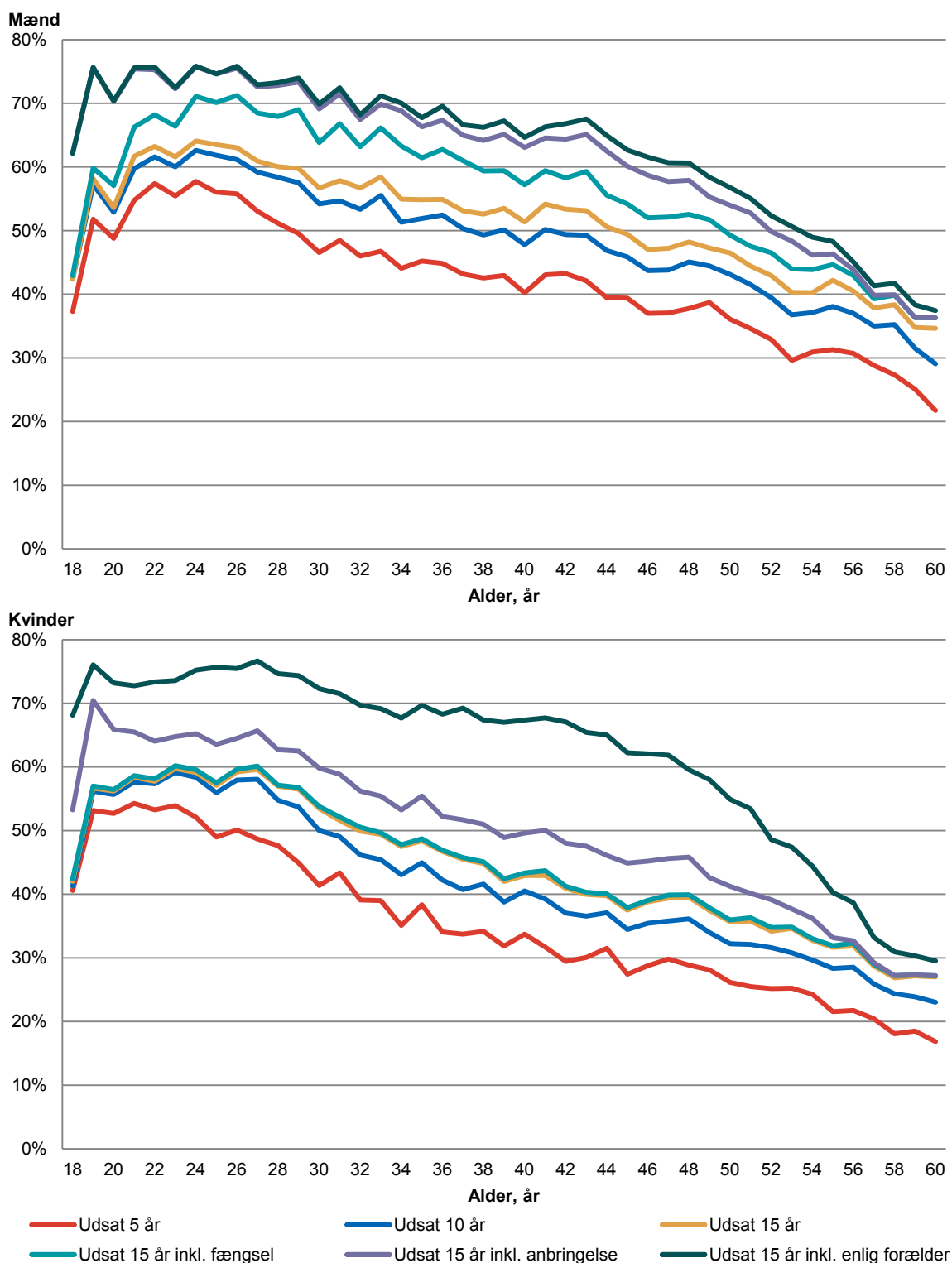
hjælpsmodtagerne i 2014, der tilhører de udsatte grupper, som vi har defineret gennem måleperioden fra 2010 til 2014 (5-års-perioden). Figuren viser også, hvor stor en andel af kontanthjælpsmodtagerne der viser tegn på udsathed, målt over en længere periode på hhv. 10 år og 15 år, det vil sige i perioderne 2005-2014 og 2000-2014. Disse opgørelser tegner et billede af, hvor stor en del af kontanthjælpsmodtagerne der har været registreret med psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller hjemløshed over en længere årrække. Ud over dem, der er registreret på indikatorerne inden for de sidste 5 år, finder vi særligt i de midaldrende aldersgrupper yderligere ca. 10 pct., der er registreret på udsathedsidekatorerne, målt over den længere periode.

Endelig har vi i figuren inkluderet yderligere information om, hvorvidt man har haft et tidligere fængselsophold, en anbringelse i barndommen samt om man er enlig forælder. Det fremgår af figuren, at der blandt de mandlige kontanthjælpsmodtagere – ud over dem, der er registreret med psykiske lidelser, misbrugsproblemer eller hjemløshed – også er en del, der er registreret med fængselsophold eller anbringelser, mens der blandt de kvindelige kontanthjælpsmodtagere er en del, der er registreret med anbringelser eller er enlige forældre. I gruppen af kontanthjælpsmodtagere mellem 18 og 40 år er det både blandt mænd og kvinder ca. 70 pct. af alle kontanthjælpsmodtagere, der enten er blevet registreret med psykiske lidelser, misbrugsproblemer, hjemløshed, fængselsophold, anbringelser eller som er enlig forælder. Her skal det understreges, at indikatoren for, om man er enlig forælder, ikke i sig selv udgør et tegn på udsathed, men snarere skal fortolkes sådan, at man som enlig forælder har en større risiko for at befinde sig i en sårbar livssituation, når man samtidig står uden beskæftigelse og er på kontanthjælp.

I undersøgelsens kvalitative del beskrives det, hvordan medarbejderne på udsatteområdet ofte oplever, at det sociale arbejde med at sikre en højere livskvalitet for borgerne kolliderer med fokuset på beskæftigelse i beskæftigelsessystemet og skaber dilemmaer i praksis. Bl.a. opstår der ifølge Mik-Meyer (2018, s. 216-217) en uklarhed om, hvorvidt de konkrete aktiviteter, der skal iværksættes, skal dreje sig om beskæftigelse eller snarere skal være aktiviteter, der støtter op om bedre livskvalitet for den udsatte. Uklarheden handler om, at mange af de medarbejdere, der arbejder med udsatte borgere, beskriver gruppen som værende langt fra arbejdsmarkedet på grund af gruppens komplekse problemer. Et beskæftigelsesrettet fokus forudsætter i følge mange medarbejdere, at de borgere, der skal have gavn af en sådan indsats, er væsentligt mere ressourcestærke, end hvad medarbejderne oplever reelt kendetegner socialt udsatte borgere (2018, s. 217).

Den høje andel med tegn på udsathed blandt kontanthjælpsmodtagerne peger generelt på, at det er vigtigt, at de beskæftigelsesrettede indsatser medtænker den sociale dimension. Som beskrevet i kapitel 2 er der lovende resultater af indsatser, der integrerer den beskæftigelsesrettede og den sociale indsats. Det gælder ikke mindst metoden "Individual Placement and Support" (IPS), der særligt er udviklet til at hjælpe borgere med psykiske lidelser i beskæftigelse (Burns m.fl., 2007; Kinoshita m.fl., 2013; Rinaldi m.fl., 2008). Ud fra denne indsats gøres der op med forestillingen om, at borgeren gradvist skal blive klar til at kunne varetage et job. I stedet lægges der vægt på en hurtig jobplacering i et almindeligt job, samtidig med at der gives en individuel social støtte, der har fokus på både at hjælpe borgeren med at lære at håndtere hverdagen på arbejdspladsen og samtidig giver borgeren hjælp og støtte til at håndtere psykosociale problemer og udfordringer. En central antagelse ud fra denne tilgang er, at netop muligheden for at have et arbejde og dermed også muligheden for at deltage i meningsfulde aktiviteter i hverdagen og i et fællesskab på arbejdspladsen, i sig selv er med til at facilitere og fremme en recovery-proces, og derved kan bidrage til, at borgeren også får et bedre psykisk helbred.

Figur 7.2 Andelen af kontanthjælpsmodtagere, der er socialt udsatte og har været det i specifikke perioder, og som er registreret på specifikke yderligere risikoindikatorer. Særskilt for køn og alder. 2014. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

7.3 Udsathed, forsørgelse og brug af indsatser

I dette afsnit analyserer vi brugen af sociale og behandlingsmæssige indsatser i de udsatte grupper i forhold til borgerens forsørgelsesgrundlag. I tabel 7.3 og tabel 7.4 har vi for hhv. de 18-39-årige og de 40-59-årige opgjort brugen af udvalgte ydelser efter serviceloven, antallet af lægekontakter og antallet af indlæggelsesdage på hhv. somatiske og psykiatriske afdelinger, særskilt for hver af de udsatte grupper og opdelt på borgerens beskæftigelses- og forsørgelssituation.

De udvalgte ydelser efter serviceloven i denne opgørelse omfatter bostøtte i eget hjem (§ 85) og midlertidige og længerevarende botilbud (§ 107 og § 108), set under ét. Når vi ser på brugen af disse ydelser under ét, skyldes det, at der kan være forskel (fx fra kommune til kommune) på, i hvilken grad § 85 også benyttes til at give social støtte i botilbudslignende tilbud. Andelen i alt, der modtager en af disse tre ydelser, giver således et billede af, hvor mange der modtager social støtte, enten som bostøtte i egen bolig eller i et botilbud. Som vist i kapitel 5 er der generelt en betydelig variation mellem de forskellige udsatte grupper i andelen, der modtager disse ydelser, hvor det i højere grad er grupperne med psykiatriske diagnoser, der modtager disse ydelser, mens de grupper, der primært er defineret ud fra misbrugsproblemer, i væsentlig mindre grad modtager en af disse former for social støtte. Opgørelserne i tabel 7.3 og 7.4 viser, at der er meget få af de borgere, der er i beskæftigelse i de udsatte grupper, der modtager nogen af disse ydelser, hvilket formentlig er udtryk for, at kun få af dem, der er i beskæftigelse, har behov for denne form for støtte. Den højeste andel, der modtager en af de pågældende ydelser efter serviceloven, finder vi blandt førtidspensionisterne, mens den næsthøjeste andel findes blandt kontanthjælpsmodtagerne. Når vi finder den højeste andel, der modtager en af de pågældende ydelser, blandt førtidspensionisterne, er det først og fremmest et tegn på, at førtidspensionisterne generelt er dem, der har det største støttebehov, hvilket formentlig samtidig har været medvirkende til, at disse borgere er blevet tilkendt en førtidspension.

Det er imidlertid bemærkelsesværdigt, at andelen, der modtager en af de tre ydelser efter serviceloven, er relativt lav blandt kontanthjælpsmodtagerne i de udsatte grupper. Det gælder både blandt de 18-39-årige og blandt de 40-59-årige. Eksempelvis er det kun 7 pct. af kontanthjælpsmodtagerne i gruppen af 18-39-årige misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7), der modtager støtte efter enten § 85, § 107 eller § 108 i serviceloven, mens det samme gælder 18 pct. i gruppen af kontanthjælpsmodtagere, der er psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), og 22 pct. blandt de kontanthjælpsmodtagere, der tilhører gruppen af psykisk syge misbrugere uden yderligere kompleksitet (gruppe 6). Blandt de 40-59-årige kontanthjælpsmodtagere i de samme udsatte grupper er andelen, der modtager de pågældende indsatser efter serviceloven, endnu lavere. Givet kompleksiteten af disse borgeres problemer, samtidig med at de står uden for arbejdsmarkedet, ville man umiddelbart forvente, at en større andel ville have behov for og ville kunne profitere af den form for individuel social støtte, der kan gives efter servicelovens § 85.

Forskellen mellem de forskellige forsørgelsesgrupper inden for de udsatte grupper viser sig også i brugen af ydelser i sundhedsvæsenet. Det er generelt blandt førtidspensionisterne, at vi finder det højeste antal lægekontakter og indlæggelsesdage på både de somatiske og psykiatriske sygehusafdelinger, ligesom det i de fleste tilfælde er kontanthjælpsmodtagerne, der har den næststørste brug af disse ydelser. En undtagelse er dog antallet af indlæggelsesdage på de somatiske afdelinger, hvor gruppen af ledige/sygedagpengemodtagere også har et forholdsvist højt antal indlæggelsesdage.

Tabel 7.3 Andelen af personer i alderen 18-39 år, der bruger udvalgte ydelser, i den øvrige befolkning og i hver af de udsatte grupper. Særskilt for forsørgelsesgrundlag. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol-misbrug	4 Stof-misbrug	5 Hjem-løshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Udvalgte ydelser efter serviceloven, andel</i>									
Beskæftigede	< 1	1	3	< 1	1	3	3	1	3
Studerende	< 1	2	6	1	1	3	6	1	8
Ledige/sygedagpenge mv.	< 1	2	8	0	1	12	10	1	7
Kontanthjælp	6	14	26	7	8	13	22	7	18
Førtidspension	35	35	41	28	28	33	41	17	39
Øvrige ikke-beskæftigede	< 1	5	11	2	2	4	6	3	6
<i>Læger i alt, antal kontakter</i>									
Beskæftigede	7,8	14,5	14,7	8,3	7,5	7,0	10,9	6,8	10,4
Studerende	6,6	12,2	13,0	8,2	6,7	7,8	11,0	6,6	9,6
Ledige/sygedagpenge mv.	10,8	18,7	16,4	11,5	9,9	7,7	14,6	8,0	16,0
Kontanthjælp	13,1	16,1	14,4	10,9	9,2	9,9	13,3	8,6	12,9
Førtidspension	22,1	22,2	17,7	14,2	15,1	15,8	16,1	15,0	19,2
Øvrige ikke-beskæftigede	5,4	11,2	10,7	6,7	6,3	5,5	9,8	4,4	7,9
<i>Somatisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Beskæftigede	0,3	0,6	0,5	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
Studerende	0,2	0,4	0,5	0,3	0,2	0,2	0,4	1,2	0,5
Ledige/sygedagpenge mv.	0,7	0,9	0,7	0,9	0,9	0,3	0,9	1,5	2,0
Kontanthjælp	0,8	0,9	0,8	1,0	0,6	0,8	1,0	1,2	1,4
Førtidspension	1,1	1,3	0,9	1,6	1,3	1,1	1,1	2,2	2,1
Øvrige ikke-beskæftigede	0,3	0,5	0,7	0,6	0,3	0,4	0,4	0,5	0,8
<i>Psykiatrisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Beskæftigede	-	0,6	4,1	0,0	0,0	0,8	2,1	0,0	1,7
Studerende	-	0,8	5,6	0,0	0,2	0,5	2,9	0,2	2,9
Ledige/sygedagpenge mv.	-	1,2	6,9	0,0	1,0	1,2	6,8	0,0	4,9
Kontanthjælp	-	1,2	8,6	0,2	0,2	3,7	11,3	1,0	15,3
Førtidspension	-	1,5	12,4	0,2	0,8	15,4	27,7	0,0	26,0
Øvrige ikke-beskæftigede	-	1,0	10,2	0,0	0,1	0,6	4,9	0,2	4,5

Note: Udvalgte ydelser efter serviceloven er social bostøtte (§ 85) og midlertidige og længerevarende botilbud (§§ 107 og 108).

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 7.4 Andelen af personer i alderen 40-59 år, der bruger udvalgte ydelser, i den øvrige befolkning og i hver af de socialt udsatte grupper. Særskit for forsørgelsesgrundlag. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol-misbrug	4 Stof-misbrug	5 Hjem-løshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Udvalgte ydelser efter serviceloven, andel</i>									
Beskæftigede	< 1	< 1	3	< 1	< 1	< 1	1	< 1	3
Studerende	< 1	< 1	3	0	0	0	3	0	0
Ledige/sygedagpenge mv.	< 1	2	5	< 1	1	4	3	2	9
Kontanthjælp	< 1	6	11	3	3	8	10	6	13
Førtidspension	8	13	35	10	11	20	30	12	31
Øvrige ikke-beskæftigede	< 1	2	5	1	2	3	9	1	6
<i>Læger i alt, antal kontakter</i>									
Beskæftigede	8,7	16,2	15,1	10,3	10,6	8,4	15,5	13,3	15,8
Studerende	9,2	14,4	14,0	9,6	7,6	15,0	18,3	9,8	10,4
Ledige/sygedagpenge mv.	12,0	19,6	16,4	12,4	14,7	8,5	19,1	16,0	20,9
Kontanthjælp	15,3	18,5	15,7	12,1	11,0	9,9	16,2	12,5	16,8
Førtidspension	20,5	24,2	20,2	18,6	19,0	14,9	22,6	18,8	25,1
Øvrige ikke-beskæftigede	7,2	16,0	13,9	10,8	9,7	5,0	14,3	10,7	11,8
<i>Somatisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Beskæftigede	0,3	0,7	0,6	0,8	0,8	0,4	1,3	3,0	2,7
Studerende	0,3	0,9	0,4	0,3	0,0	0,0	0,6	1,3	0,0
Ledige/sygedagpenge mv.	0,7	1,1	0,7	1,7	0,6	0,6	1,5	4,2	6,3
Kontanthjælp	0,8	0,8	0,8	2,1	1,3	1,3	1,4	4,2	3,7
Førtidspension	1,2	1,8	1,1	2,9	2,2	1,4	2,2	5,1	5,1
Øvrige ikke-beskæftigede	0,3	1,4	0,5	1,9	0,8	1,2	2,0	5,2	3,4
<i>Psykiatrisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Beskæftigede	-	1,0	5,5	0,1	0,1	0,4	3,1	0,5	3,2
Studerende	-	0,2	3,5	0,0	0,0	1,3	6,0	0,0	0,7
Ledige/sygedagpenge mv.	-	1,3	9,4	0,1	0,1	2,1	4,9	1,1	6,0
Kontanthjælp	-	0,8	8,0	0,1	0,1	2,3	5,8	0,5	5,8
Førtidspension	-	1,4	11,0	0,4	0,3	5,3	14,2	0,4	14,8
Øvrige ikke-beskæftigede	-	1,0	13,7	0,1	0,1	2,1	4,5	0,2	3,6

Note: Udvalgte ydelser efter serviceloven er social bostøtte (§ 85) og midlertidige og længerevarende botilbud (§§ 107 og 108).

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

7.4 Udsathed, forsørgelse og udgifter til indsatser

Som de tidligere analyser har vist, er der en væsentlig forskel på brugen af indsatser og ydelser blandt dem i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse, sammenlignet med dem, der ikke er i beskæftigelse. I tabel 7.5 er opgjort de samlede udgifter til indsatser og ydelser før og efter skat for hhv. de beskæftigede og de ikke-beskæftigede i de udsatte grupper.

Tabel 7.5 Samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser i hver af de socialt udsatte grupper før og efter skat. Særskilt for beskæftigede og ikke-beskæftigede og for aldersgrupper. 2014. Millioner kroner.

	1	2	3	4	5	6	7	8	1-8
	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkohol-misbrug	Stof-misbrug	Hjem-løshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet	Udsatte grupper samlet
<i>Beskæftigede</i>									
<i>Udgifter før skat</i>									
18-39 år	1.551	247	89	164	31	200	61	51	2.393
40-59 år	1.290	204	333	62	26	221	87	44	2.266
60-79 år	187	27	109	5	3	37	16	7	392
I alt	3.028	478	531	230	60	458	164	101	5.050
<i>Udgifter efter skat</i>									
18-39 år	-686	5	-113	-97	7	-17	8	21	-871
40-59 år	-1.333	-67	-535	-30	-1	-80	0	10	-2.036
60-79 år	-181	-15	-146	-4	0	-12	-5	1	-362
I alt	-2.200	-77	-795	-131	7	-109	4	32	-3.269
Antal personer	1.551	247	89	164	31	200	61	51	2.393
<i>Ikke-beskæftigede</i>									
<i>Udgifter før skat</i>									
18-39 år	8.074	4.820	291	893	555	3.272	823	1.417	20.145
40-59 år	6.611	5.028	1.736	753	682	3.254	1.821	1.571	21.455
60-79 år	3.755	2.469	2.031	188	174	1.332	729	371	11.048
I alt	18.439	12.317	4.057	1.833	1.412	7.858	3.372	3.359	52.648
<i>Udgifter efter skat</i>									
18-39 år	6.846	4.238	238	762	501	2.917	750	1.307	17.558
40-59 år	5.284	4.384	1.389	634	591	2.804	1.584	1.403	18.073
60-79 år	2.951	2.147	1.515	159	150	1.114	596	321	8.953
I alt	15.081	10.769	3.143	1.555	1.242	6.835	2.929	3.030	44.584
Antal personer	90.347	35.732	19.462	9.066	4.920	24.496	11.079	8.257	203.359

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Opgørelsen i tabel 7.5 viser, at i gruppen af beskæftigede i de udsatte grupper overstiger indbetalingen af skat de samlede udgifter, og der er i denne gruppe således et nettobidrag til de offentlige kasser på knap. 3,3 mia. kr. Der skal dog her tages forbehold for, at der er tale om en nettober-

ning på baggrund af de indsatser og ydelser, som er inkluderet i analysen. Hovedparten af denne nettoindtægt kommer fra grupperne med moderate psykiske lidelser (gruppe 1) og alkoholmisbrugere uden kompleksitet (gruppe 3), mens der ca. er balance mellem udgifter til indsatser og ydelser og skatteindtægterne i den forholdsvis lille gruppe af beskæftigede i de udsatte grupper med komplekse problemer.

I gruppen af ikke-beskæftigede i de udsatte grupper er der samlede udgifter på ca. 52,6 mia. kr. før skat, mens der er en samlet nettoudgift på 44,6 mia. kr. efter skat. Disse tal skal ses i relation til opgørelsen i kapitel 6 (hvor vi ikke sondrede mellem dem i de udsatte grupper, der var i beskæftigelse, og dem, der ikke var i beskæftigelse), der viste, at den samlede nettoudgift var på 41,3 mia. kr. i de udsatte grupper under ét. Det skal således bemærkes, at de samlede nettoudgifter fremtræder lidt højere, når vi alene ser på de borgere i de udsatte grupper, som ikke er i beskæftigelse. Forskellen skyldes således nettoskattebetalingen i gruppen af beskæftigede i de udsatte grupper.

Man kan dog ud fra denne opgørelse ikke slutte, at udgifterne til øvrige indsatser ud over overførselsindkomster nødvendigvis vil falde markant, hvis borgere i de udsatte grupper kommer i beskæftigelse. Mens kontakten med arbejdsmarkedet i sig selv kan være med til at forstærke en recovery-proces, vil der også være en selektionseffekt inden for gruppen af, hvem der er i stand til at være i beskæftigelse, og hvem der ikke er. På trods af disse forbehold indikerer tallene, at der, selv for borgere med forholdsvis komplekse problemer, er et potentiale for at komme i beskæftigelse, og for de personer i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse set under ét, er omfanget af indsatser og ydelser generelt markant lavere end blandt dem, der ikke er i beskæftigelse. Her er det imidlertid væsentligt at tage karakteren af udsathed i betragtning. Som beskrevet i afsnit 7.2 er der en høj andel af borgerne på overførselsindkomst, navnlig borgere på kontanthjælp, der viser tegn på udsathed på de indikatorer, som vi har inddraget i analysen, hvilket som nævnt taler for vigtigheden af at integrere de sociale og de beskæftigelsesrettede indsatser.

I de følgende figurer ser vi nærmere på udgifterne til de forskellige indsatser og ydelser for hhv. beskæftigede og ikke-beskæftigede inden for hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning (figur 7.3), ligesom vi viser fordelingen af udgifterne inden for hver enkelt af de forskellige forsørgelsesgrupper blandt de ikke-beskæftigede (figur 7.4, 7.5 og 7.6). I figur 7.4 er opgjort udgifterne for studerende og ledige/sygedagpengemodtagere, mens figur 7.5 viser fordelingen af udgifterne for hhv. kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister inden for hver af de udsatte grupper. Endelig viser figur 7.6 fordelingen af udgifterne i gruppen øvrige uden beskæftigelse, der overvejende udgøres af personer uden nogen væsentlig indkomst i hovedparten af året.

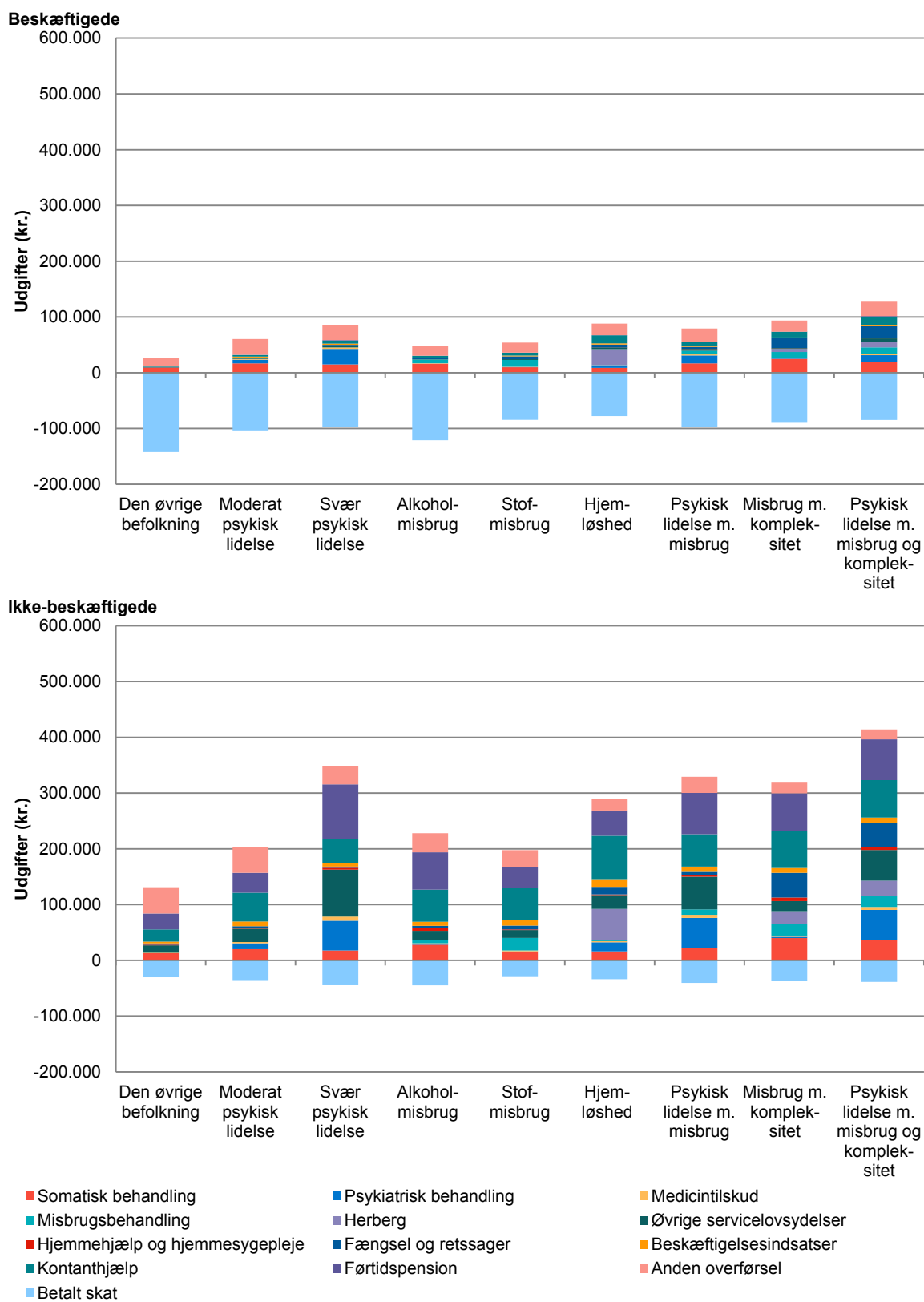
Figur 7.3 viser, hvorledes udgifterne pr. person generelt er væsentligt lavere blandt dem i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse, sammenlignet med dem, der ikke er i beskæftigelse. Særligt udgifterne til overførselsindkomster er langt lavere blandt dem i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse. Når der er registreret udgifter til overførselsindkomst i denne gruppe, skyldes det, at mens indkomst fra beskæftigelse udgør den væsentligste forsørgelseskilde, kan personen have modtaget fx kontanthjælp eller dagpenge/sygedagpenge en mindre del af året, ligesom der også kan være udgifter til boligsikring. Det er imidlertid ikke kun udgifterne til overførselsindkomster, men også udgifterne til sociale og behandlingsmæssige indsatser, der er væsentligt lavere blandt dem i de udsatte grupper, der er i beskæftigelse.

I de efterfølgende figurer er vist fordelingen af udgifter inden for de enkelte forsørgelsesgrupper. Det er blandt førtidspensionisterne i de udsatte grupper, at vi finder de højeste gennemsnitlige udgifter, mens de næsthøjeste udgifter findes blandt kontanthjælpsmodtagerne (se figur 7.5). Der er dog en væsentlig forskel i profilen af udgifterne, når vi sammenligner førtidspensionisterne og kontanthjælpsmodtagerne inden for de fleste grupper. Den mest markante forskel findes for udgif-

terne til de sociale indsatser gennem serviceloven, hvor udgifterne er væsentligt lavere blandt kontanthjælpsmodtagerne, sammenlignet med førtidspensionisterne. Det afspejler, som vi tidligere har set, at andelen, der modtager en række forskellige ydelser efter serviceloven, herunder navnlig social bostøtte, er forholdsvis lav blandt kontanthjælpsmodtagerne i de udsatte grupper (jf. kapitel 5). Derimod er der i de udsatte grupper med de mest komplekse problemer (gruppe 7 og 8) noget højere udgifter til ophold på herberger for hjemløse blandt kontanthjælpsmodtagerne end blandt førtidspensionisterne i de udsatte grupper (se figur 7.5).

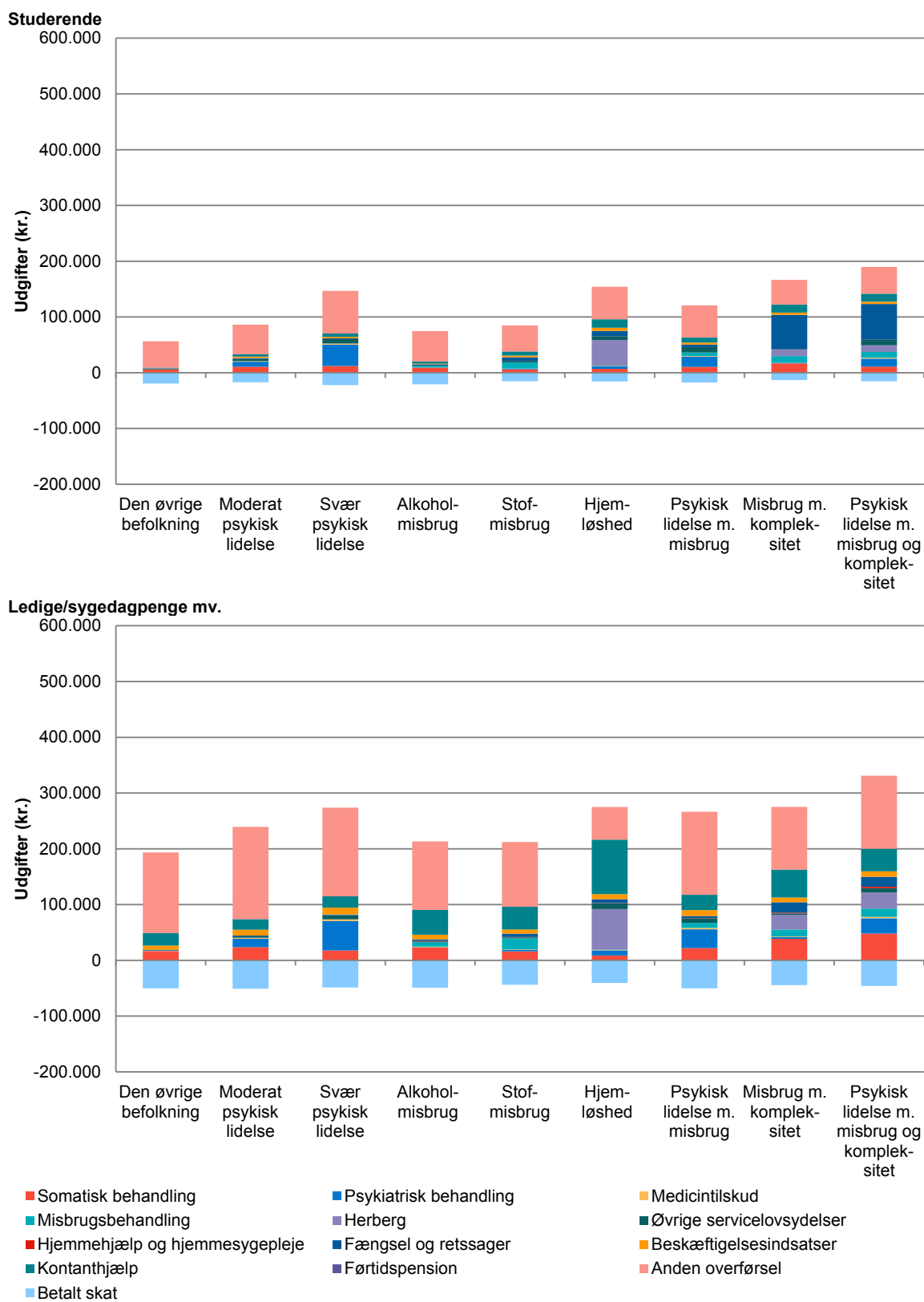
Endelig er i figur 7.6 opgjort fordelingen af udgifter i gruppen af øvrige uden beskæftigelse, der primært er personer uden et registreret forsørgelsesgrundlag. Særligt i de udsatte grupper med komplekse problemer er der i denne gruppe ret høje udgifter til fængselsophold og retsvæsen. Yderligere analyser viser, at en del af de udsatte borgere i denne gruppe er uden forsørgelsesgrundlag, fordi de er i fængsel (ikke vist), ligesom der også kan være tale om personer, der helt har trukket sig ud af det offentlige forsørgelsessystem.

Figur 7.3 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-59-årige i den øvrige befolkning og i hver af grupperne af socialt udsatte, fordelt på typer af ydelser. Særskilt for beskæftigede og ikke-beskæftigede. 2014. Kroner.



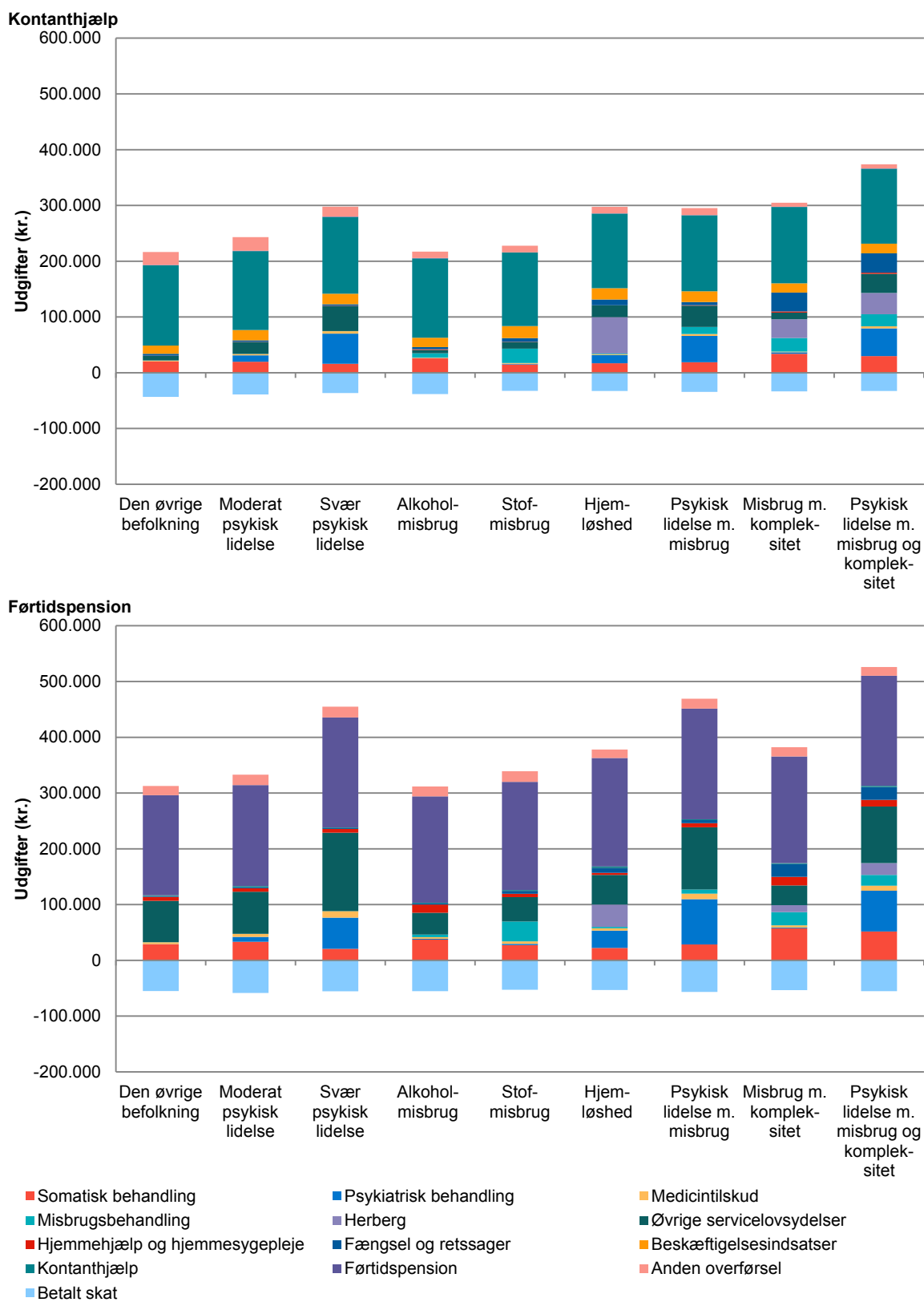
Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 7.4 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-59-årige i den øvrige befolkning og i hver af grupperne af socialt udsatte, fordelt på typer af ydelser. Særskilt for studerende og ledige/sygedagpengemodtagere mv. 2014. Kroner.



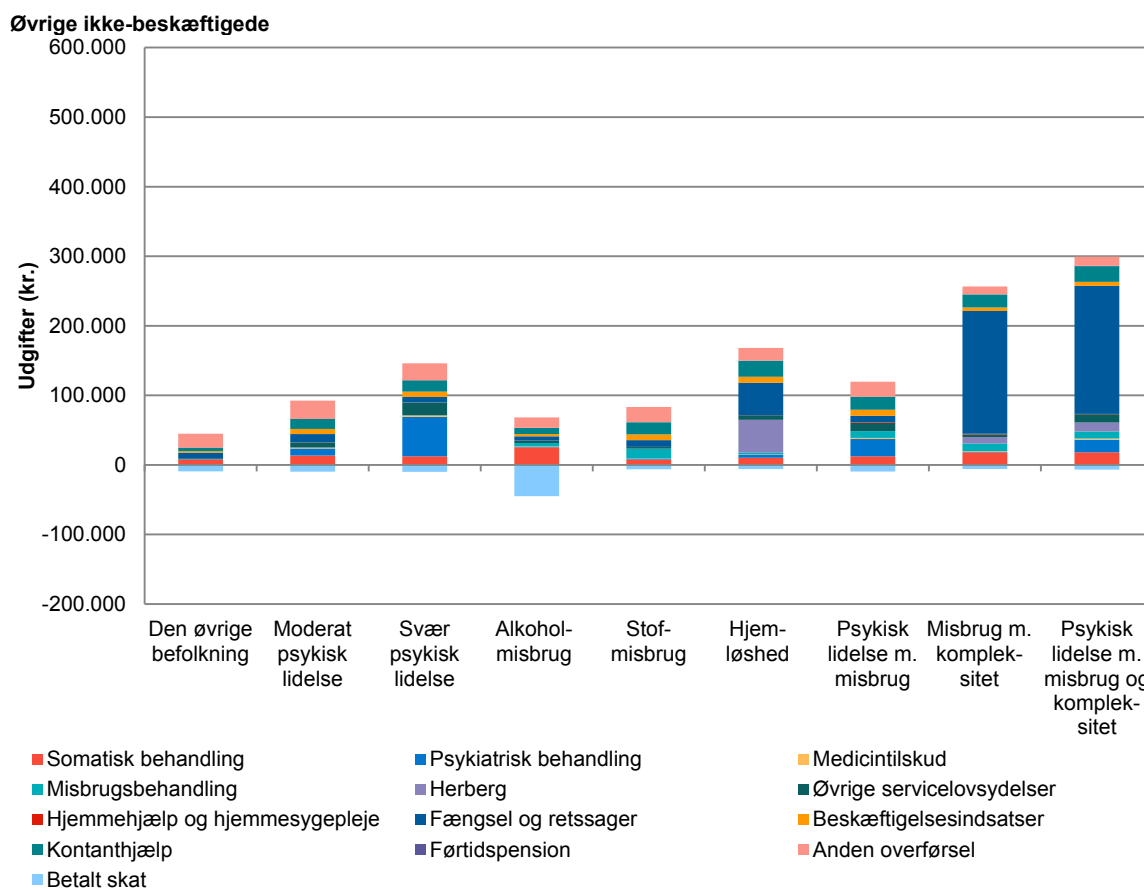
Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 7.5 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-59-årige i den øvrige befolkning og i hver af grupperne af socialt udsatte, fordelt på typer af ydelser. Særskilt for kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 7.6 Udgifter forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte 18-59-årige i kategorien "øvrige ikke-beskæftigede", i den øvrige befolkning og i hver af grupperne af socialt udsatte, fordelt på typer af ydelser. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

7.5 Sammenfatning

I dette kapitel har vi afdækket forsørgelsesgrundlaget i de udsatte grupper, herunder hvor stor en andel i de udsatte grupper der er i beskæftigelse. I grupperne med de mest komplekse problemer er det ret få, der er i beskæftigelse. Den laveste andel af beskæftigede er i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer, hvor under hver tiende er i beskæftigelse. I gruppen med moderate psykiske lidelser og i gruppen af alkoholmisbrugere uden yderligere kompleksitet er det derimod en betydelig andel – næsten halvdelen blandt de 40-59-årige, der er i beskæftigelse.

Analyserne har også afdækket omfanget af udsathed inden for de forskellige forsørgelsesgrupper. Blandt de 18-39-årige kontanthjælpsmodtagere er det næsten halvdelen, der tilhører en af de udsatte grupper, som vi har defineret ud fra registrene. Samtidig viser analyserne, at hvis udsathed måles over en længere periode (fx over 15 år), er det en endnu højere andel af kontanthjælpsmodtagerne, der viser tegn på udsathed.

Endelig har vi i kapitlet belyst, hvad der kendetegner brugen af indsatser, afhængigt af beskæftigelses- og forsørgelsesgrundlaget i de udsatte grupper. Vores analyser viser, at de borgere, der er i beskæftigelse i de udsatte grupper, har et markant lavere forbrug af en række indsatser, end de udsatte borgere, der ikke er i beskæftigelse. Samtidig viser analyserne, at der inden for de enkelte udsatte grupper er en betydelig variation i brugen af indsatser mellem de forskellige grupper af

modtagere af overførselsindkomst. Det højeste forbrug af de fleste indsatser finder vi blandt dem på førtidspension. Det er i den forbindelse bemærkelsesværdigt, at der blandt kontanthjælpsmodtagerne i de udsatte grupper er en væsentligt lavere andel, der modtager udvalgte sociale indsatser under serviceloven, heriblandt bostøtte efter servicelovens § 85, end blandt modtagerne af førtidspension. Det gælder selv i grupperne med de mest komplekse problemer.

8 Geografiske forskelle i udsathed

I dette kapitel undersøger vi geografiske mønstre i den sociale udsathed og i de socialt udsatte gruppers brug af velfærdssystemet. I kapitlets første del afdækkes forskelle i profilen af de udsatte grupper mellem forskellige områder i landet, samt hvilke ændringer i disse mønstre der er sket gennem de senere år. Vi ser også på, hvordan de geografiske mønstre varierer over aldersgrupperne for derved at opnå en forståelse af forandringer i udsathedens geografi mellem forskellige generationer. Dernæst undersøger vi, hvad vandringer mellem forskellige dele af landet over et livsforløb betyder for fordelingen af de udsatte grupper mellem forskellige områder. I kapitlets anden del afdækkes de geografiske mønstre i de udsatte gruppers brug af velfærdssystemet, hvor vi undersøger, om brugen af de sociale og behandlingsmæssige indsatser varierer mellem forskellige områder i landet. Vi ser også på, hvad disse forskelle betyder for de økonomiske udgifter, forbundet med de udsatte grupper i forskellige dele af landet og mellem forskellige kommuner.

Overordnet viser kapitlets analyser, at der er betydelige forskelle på udsathedens omfang og karakter i forskellige områder af landet, ligesom der er tegn på, at disse mønstre ændrer sig væsentligt i disse år. Der er særligt tegn på et skift mellem aldersgrupperne. Hvor omfanget af udsathed i de midaldrende og ældre aldersgrupper er størst i storbyerne og navnlig i hovedstaden, er der gennem de senere år sket en ændring, således at der i de yngre aldersgrupper er sket en stigning i udsathed i landkommunerne, ikke mindst i yderområderne. Det betyder også, at det er i de områder af landet, der i forvejen er karakteriseret ved forholdsvist lave indkomster og en højere arbejdsløshed, at vi finder de højeste andele i de udsatte grupper, ligesom det også er i disse områder, at de offentlige udgifter til de udsatte grupper er størst.

8.1 Den geografiske fordeling af de udsatte grupper

I dette afsnit afdækker vi, hvad der kendetegner den geografiske fordeling af de udsatte grupper, og hvilken udvikling der er sket gennem de senere år i perioden fra 2004 til 2014. Først ser vi på, hvilke forskelle der er på omfanget og sammensætningen af de udsatte grupper, når vi sammenligner by og land. I tabel 8.1 er opgjort de udsatte gruppers fordeling på forskellige kommunetyper. Blandt de udsatte unge er der mange, der bor i de mindre og større provinskommuner (by- og landkommuner), mens færre bor i de store byer. Dette mønster er særlig tydeligt for de to mest komplekse udsatte grupper blandt de 18-39-årige, hvoraf ca. en fjerdedel bor i de fire største byer, sammenlignet med 36 pct. i den øvrige befolkning. I de midaldrende og ældre aldersgrupper er billedet imidlertid omvendt, og her er de udsatte grupper generelt overrepræsenteret i de fire største byer.

I den efterfølgende figur 8.1 er der foretaget en opdeling mellem fem forskellige områder. Ud over storbyområderne er kategorien af øvrige bykommuner defineret ved, at den største by i kommunen har over 20.000 indbyggere, mens landkommuner er defineret ved, at den største by i kommunen har under 20.000 indbyggere. For hvert område er vist omfanget og sammensætningen af de udsatte grupper for hvert alderstrin, og analysen er opdelt på mænd og kvinder. Figuren viser, at der er betydelige forskelle i omfanget og profilen af grupperne mellem de forskellige områder. I de yngre aldersgrupper er der en noget lavere andel i de udsatte grupper i storbykommunerne end i de øvrige bykommuner og i landkommunerne. Både i de øvrige bykommuner og i landkommunerne samt til dels også i de københavnske omegnskommuner er der i de yngre aldersgrupper en forholdsvis høj andel i de udsatte grupper. Blandt de yngre mænd i både de øvrige bykommuner og i landkommunerne er der en forholdsvis høj andel i misbrugergrupperne og i grupperne med

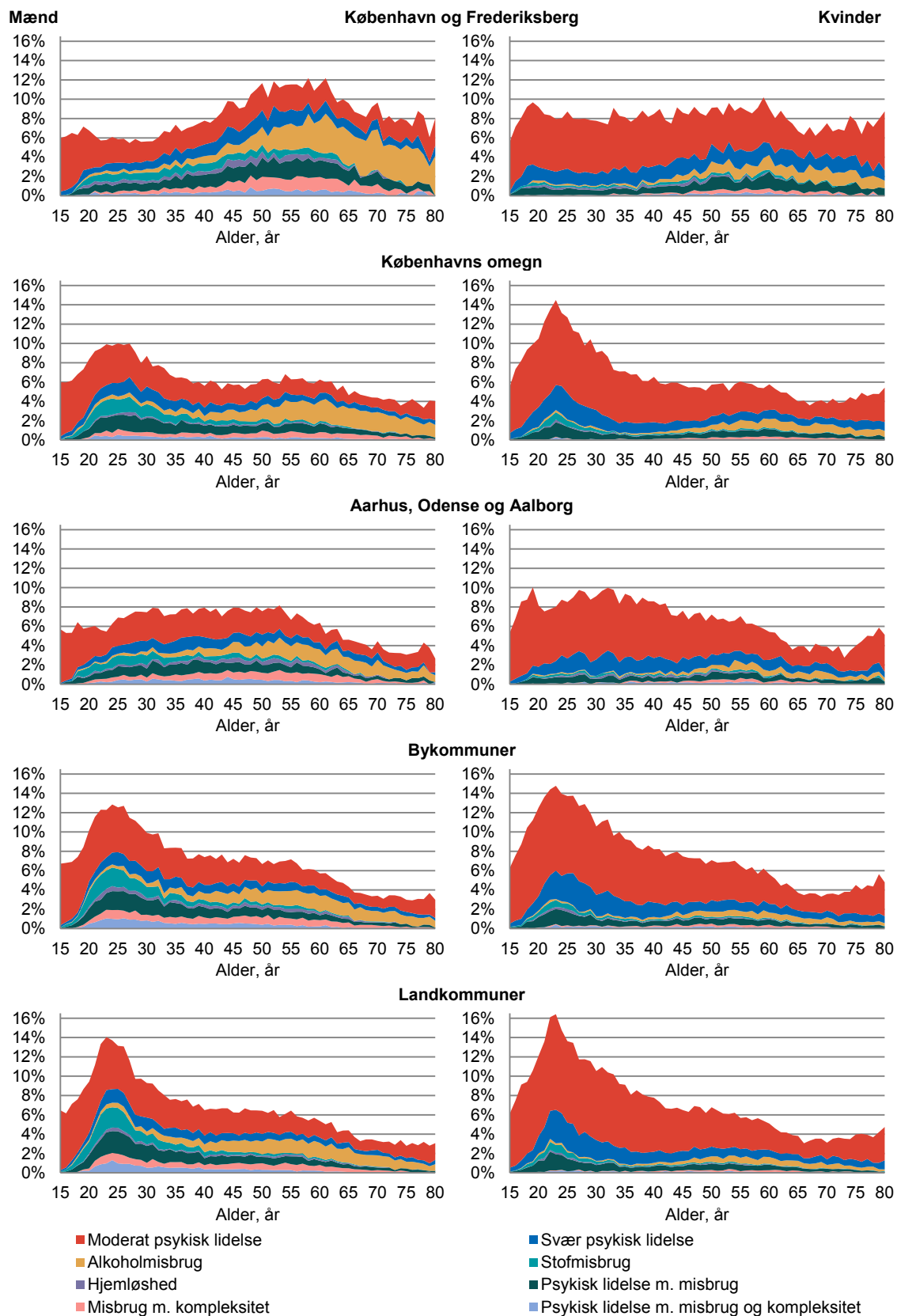
komplekse problemer, mens der blandt de yngre kvinder i disse kommuner er en høj andel i grupperne med psykiske lidelser. I de midaldrende og ældre aldersgrupper er det derimod i hovedstaden, at der er en høj andel i de udsatte grupper. Særligt blandt de midaldrende og ældre mænd i hovedstaden er der en relativt høj andel af alkoholmisbrugere og en høj andel i grupperne med komplekse problemer, og andelen af de midaldrende og ældre mænd, der tilhører disse grupper, ligger i hovedstaden markant over niveauet i de øvrige områder af landet.

Tabel 8.1 Personer i alderen 18-39 år i hver af de socialt udsatte grupper, fordelt efter udvalgte baggrundsforhold. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
København og Frederiksberg	12	13	15	15	16	23	16	15	14
Københavns omegn	22	19	20	25	20	12	21	18	15
Aarhus, Odense, Aalborg	13	14	14	10	13	17	12	14	14
Øvrige bykommuner	26	29	27	25	28	31	27	30	33
Landkommuner	26	26	23	25	23	17	24	24	24
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>18-39 år</i>									
København og Frederiksberg	19	15	16	17	14	26	14	12	10
Københavns omegn	19	18	19	19	20	12	19	14	13
Aarhus, Odense, Aalborg	17	15	15	12	13	17	13	15	14
Øvrige bykommuner	24	28	28	28	29	30	30	34	36
Landkommuner	21	23	22	25	24	15	24	24	26
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>40-59 år</i>									
København og Frederiksberg	10	11	16	13	21	22	17	16	15
Københavns omegn	24	20	20	24	21	12	22	17	15
Aarhus, Odense, Aalborg	11	12	13	10	12	18	11	14	14
Øvrige bykommuner	27	29	27	26	25	31	26	30	32
Landkommuner	28	28	24	27	21	18	25	24	24
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>60-79 år</i>									
København og Frederiksberg	7	11	14	16	18	15	19	15	20
Københavns omegn	23	21	23	29	21	11	26	24	22
Aarhus, Odense, Aalborg	11	11	12	9	14	18	10	11	13
Øvrige bykommuner	28	28	26	22	25	35	23	25	24
Landkommuner	31	29	26	24	22	22	23	24	20
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 8.1 Andelen af befolkningen i hver af de socialt udsatte grupper. Særskilt for kommunetyper samt for køn og alder. 2014. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 8.2 viser udviklingen i andelen af socialt udsatte borgere i forhold til storby-, by- og landkommuner i hhv. 2004, 2009 og 2014 for hver aldersgruppe, mens den efterfølgende tabel 8.3 supplerer med at vise udviklingen i andelen af socialt udsatte borgere inden for hver af de fem regioner for samme periode.

Som vist i kapitel 4 har der været en kraftig stigning i antallet af udsatte i aldersgruppen mellem 18 og 39 år fra 2004 til 2014. Tabel 8.2 viser, at det er i de øvrige bykommuner og i landkommunerne, at stigningen i andelen af udsatte mellem 18 og 39 år har været kraftigst, mens stigningen har været væsentligt mindre i de store byer. I de øvrige bykommuner steg andelen af udsatte 18-39-årige fra 5,3 pct. i 2004 til 10,5 pct. i 2014, mens stigningen i landkommunerne var fra 4,6 pct. i 2004 til 10,1 pct. i 2014. I København og på Frederiksberg har stigningen været væsentligt mindre, fra 6,2 pct. i 2004 til 7,3 pct. i 2014, mens der i Aarhus, Odense og Aalborg har været en stigning fra 5,2 pct. til 7,8 pct. Inden for hovedstadsområdet har stigningen blandt de 18-39-årige været kraftigere i omegnskommunerne, med en stigning fra 5,3 pct. til 8,6 pct., end i København og på Frederiksberg.

Tabel 8.2 Andelen af socialt udsatte i alderen 18-79 år i specifikke kommunetyper. Særskilt for aldersgrupper og for 2004, 2009 og 2014. Procent.

	18-39-årige			40-59-årige			60-79-årige		
	2004	2009	2014	2004	2009	2014	2004	2009	2014
København og Frederiksberg	6,2	6,7	7,3	9,4	9,7	9,4	6,3	7,0	8,3
Københavns omegn	5,3	6,8	8,6	4,9	5,4	5,9	3,6	3,9	4,6
Aarhus, Odense og Aalborg	5,2	6,6	7,8	5,3	6,4	7,3	3,3	3,9	4,3
Bykommuner	5,3	7,5	10,5	4,6	5,9	7,0	3,1	3,5	4,1
Landkommuner	4,6	6,9	10,1	4,1	5,1	6,3	2,9	3,3	3,8
I alt	5,3	6,9	9,0	5,0	6,0	6,8	3,4	3,9	4,5

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Den efterfølgende tabel 8.3, opdelt på regioner, uddyber disse mønstre. Det fremgår, at der i perioden er sket en markant stigning i andelen af udsatte mellem 18 og 39 år i alle fem regioner. Stigningen har dog ikke været jævnt fordelt mellem regionerne, og den har været særlig kraftig i Region Sjælland og i Region Syddanmark. I Region Syddanmark steg andelen af udsatte inden for aldersgruppen mellem 18 og 39 år fra 5,9 pct. i 2004 til 11,2 pct. i 2014, mens stigningen i Region Sjælland var fra 5,1 pct. til 10,6 pct. I Region Hovedstaden var stigningen væsentligt mindre, fra 5,7 pct. til 7,9 pct.

Tabel 8.3 Andelen af socialt udsatte i alderen 18-79 år i hver af de fem regioner. Særskilt for aldersgrupper og for 2004, 2009 og 2014. Procent.

	18-39-årige			40-59-årige			60-79-årige		
	2004	2009	2014	2004	2009	2014	2004	2009	2014
Hovedstaden	5,7	6,7	7,9	6,3	6,7	7,0	4,3	4,7	5,6
Sjælland	5,1	7,4	10,6	4,6	5,7	7,0	3,4	4,0	4,8
Syddanmark	5,9	8,2	11,2	5,1	6,4	7,6	3,4	3,9	4,4
Midtjylland	4,8	6,6	8,8	4,3	5,5	6,3	2,9	3,4	3,6
Nordjylland	3,8	5,4	7,3	3,6	4,3	5,2	2,3	2,6	2,9
I alt	5,3	6,9	9,0	5,0	6,0	6,8	3,4	3,9	4,5

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

For de 40-59-årige og de 60-79-årige ser det geografiske mønster væsentligt anderledes ud end for de 18-39-årige. I begge disse aldersgrupper er det i København og på Frederiksberg (under ét), at vi finder den højeste andel af udsatte borgere, og andelen har over hele perioden ligget væsentligt højere end i de øvrige områder (tabel 8.2). For de 40-59-årige i København og på Frederiksberg var det 9,4 pct. i både 2004 og 2014, der tilhørte de udsatte grupper. Til sammenligning var andelen i Københavns omegn på 4,9 pct. i 2004 og 5,9 pct. i 2014, mens den i Aarhus, Odense og Aalborg var 5,3 pct. i 2004 og 7,3 pct. i 2014. Mens andelen af udsatte blandt de 40-59-årige således har ligget forholdsvis højt i København og på Frederiksberg over hele perioden, er der sket en større stigning i de øvrige områder, dog ikke til samme niveau som i de to hovedstads-kommuner.

For de 60-79-årige er andelen af udsatte ligeledes højest i København og på Frederiksberg, hvor andelen over hele perioden har været ca. dobbelt så høj som i resten af landet. For de 60-79-årige er der generelt sket en stigning i andelen af udsatte på tværs af alle de geografiske områder. I 2014 var andelen af udsatte blandt de 60-79-årige på 8,3 pct. i København og på Frederiksberg, mens den til sammenligning kun var halvt så høj, med 4,3 pct., i Aarhus, Odense og Aalborg. Den laveste andel af udsatte blandt de 60-79-årige finder vi i landkommunerne med 3,8 pct. i 2014.

Der tegner sig således et billede af et skift i fordelingen af udsathedet mellem by og land, når vi sammenligner de yngre og de ældre aldersgrupper over perioden. Mens det i de midaldrende og ældre aldersgrupper vedbliver at være i hovedstaden, at vi finder den højeste andel af udsatte, skifter dette billede i den yngre aldersgruppe, hvor det er i de lidt mindre byer og i landkommunerne, at vi finder den højeste andel af udsatte. Samtidig tyder fordelingen på regioner på, at det særligt er i bestemte dele af landet – navnlig i Region Sjælland og i Region Syddanmark, at vi ser denne tiltagende koncentration af udsatte unge.

For at se nærmere på disse mønstre har vi i de følgende figurer 8.2-8.4 vist udviklingen i udsathedet fra 2004 til 2014 for hver aldersgruppe, særskilt for kommuner. Kommunerne er i hvert af de to år delt op i fem kvintiler fra den femtedel af kommunerne, der har de laveste andele af udsatte, til den femtedel, der har de højeste andele af udsatte i aldersgruppen. De fem kategorier i hver af figurerne viser således ikke de samme procentniveauer på de to tidspunkter, da der over perioden samtidig er sket en stigning i andelen af udsatte i aldersgruppen. Derved illustrerer figurerne først og fremmest ændringer i den relative fordeling af de udsatte mellem de forskellige områder i landet i de forskellige aldersgrupper, frem for stigningen i andelen af udsatte generelt.

Figur 8.2 viser udsathedet i landets kommuner for de 18-39-årige i hhv. 2004 og 2014. Af figur 8.2 ses, at mange af kommunerne med de højeste andele af udsatte 18-39-årige i både 2004 og 2014 i kraft af deres beliggenhed kan karakteriseres som "yderkommuner". Det er en række kommuner i det vestlige og sydlige Sjælland, på Lolland og Falster, på dele af Fyn, i Sønderjylland og Norddjurs samt i det nordvestligste Jylland. Disse kommuner er kendetegnet ved en relativt høj andel af udsatte mellem 18 og 39 år, både i 2004 og i 2014. Det er kommuner, der typisk også har et lavere indkomstgrundlag og en højere arbejdsløshed end landsgennemsnittet (Danmarks Statistik, 2015, 2017).

En bemærkelsesværdig ændring fra 2004 til 2014 ser vi derimod for landets to største byområder. I det storkøbenhavnske område var der både i København og i de vestlige omegnskommuner en relativt høj andel af udsatte mellem 18 og 39 år i 2004. Dette billede er imidlertid markant ændret i 2014, hvor særligt København, og til en vis grad også omegnskommunerne, nu har en relativt lav andel af udsatte 18-39-årige, sammenlignet med landets øvrige kommuner. En lignende udvikling ses i Aarhus, der i 2004 lå i den næstøverste kvintil af kommuner, men som i 2014 ligger i den laveste kvintil i forhold til andelen af udsatte 18-39-årige. Denne udvikling er formentlig primært

udtryk for en stigende tilflytning af ressourcerstærke unge til storbyerne fra den øvrige del af landet, som betyder, at den relative andel af udsatte unge i de store byer falder.

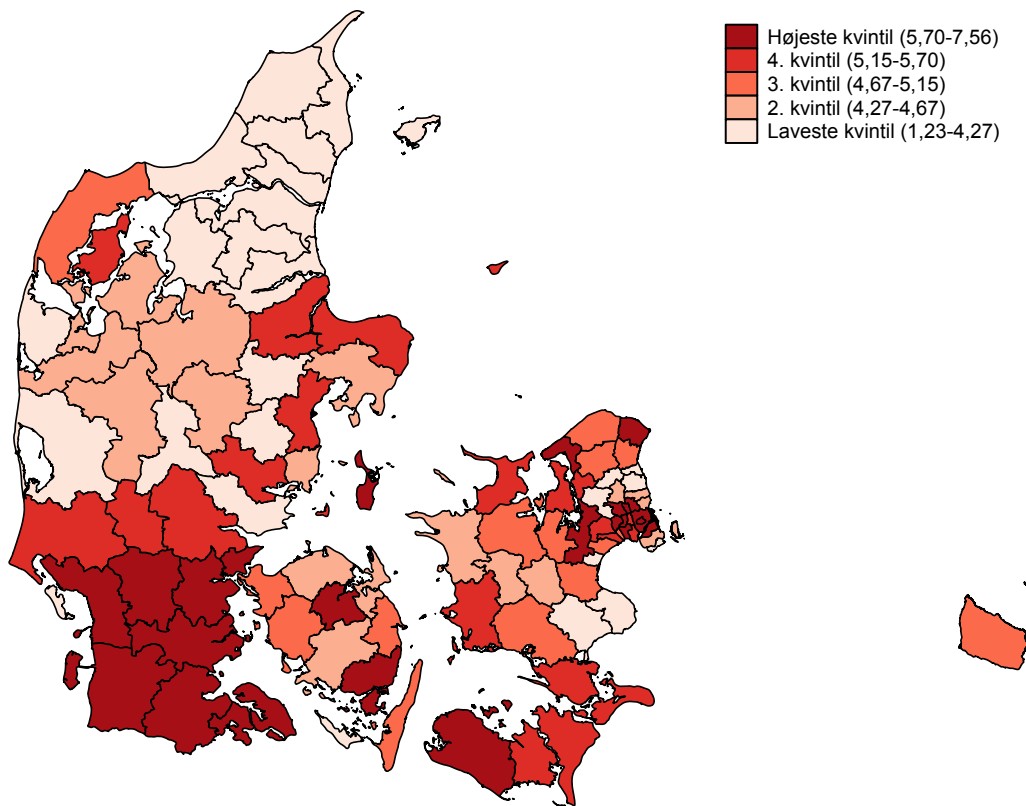
Der er også en række kommuner, der både i 2004 og i 2014 har en lav andel af udsatte unge. Det er primært en række kommuner i Nordsjælland og enkelte kommuner omkring Aarhus, hvilket er kommuner, der generelt er kendetegnet ved en forholdsvis højere gennemsnitsindkomst og en lavere arbejdsløshed end i resten af landet. Desuden er der både i 2004 og i 2014 en lav andel af udsatte 18-39-årige i Nordjylland.

Figur 8.3 viser den geografiske udvikling i udsathedens for de 40-59-årige. I denne aldersgruppe finder vi, ligesom for de 18-39-årige, både i 2004 og 2014 en høj andel af udsatte borgere i en række kommuner i det vestlige og sydlige Sjælland, på Lolland-Falster og i Sønderjylland. Desuden er der en høj andel af udsatte 40-59-årige i København, Aarhus og Odense samt i de vestlige forstadskommuner i hovedstadsområdet, og dette billede har ikke ændret sig væsentligt mellem 2004 og 2014. For de 40-59-årige er der således ikke sket samme markante fald i andelen af udsatte i de største byer som for de 18-39-årige.

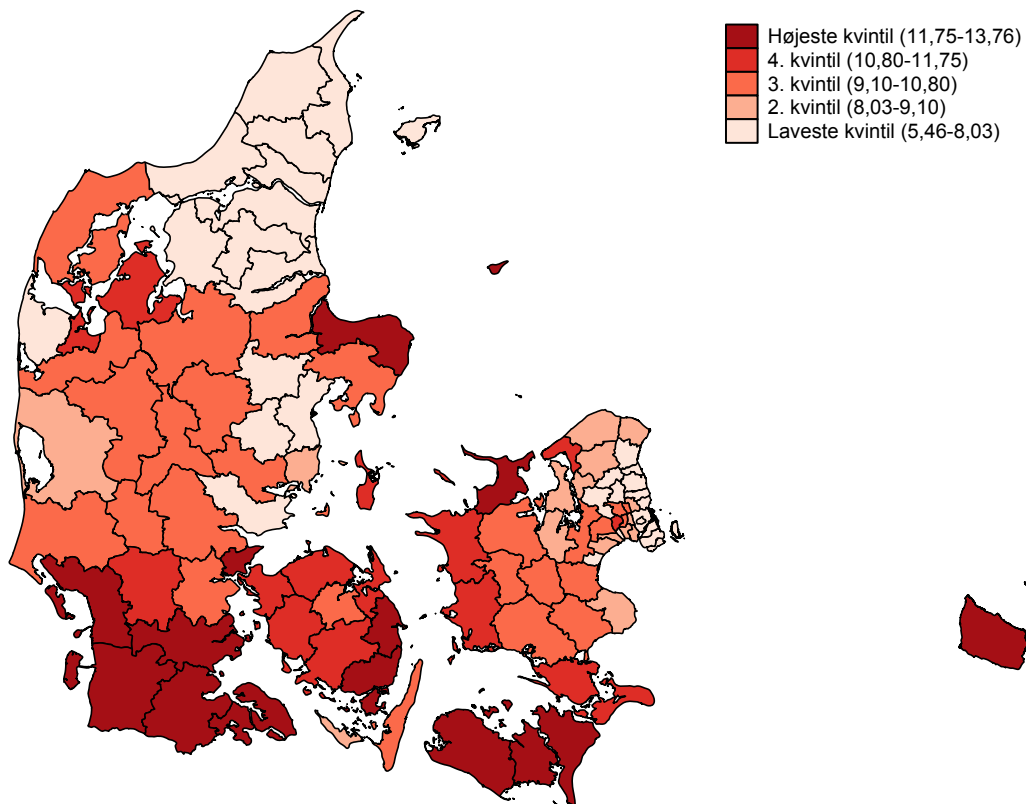
I den ældste aldersgruppe mellem 60 og 79 år ligner fordelingen af udsathedens mønstret blandt de 40-59-årige. De højeste andele af udsatte finder vi i en række kommuner på Sjælland og Fyn samt i hovedstadsområdet, men i 2014 dog kun i mindre grad i det sydlige Jylland, hvor færre kommuner i 2014 end i 2004 har en høj andel af udsatte i den ældste aldersgruppe. For de 60-79-årige er der også en lidt større variation i, hvilke kommuner der har de laveste andele, end for yngre og midaldrende aldersgrupper, hvor det ikke i samme grad er kommunerne i Nordsjælland, men i højere grad kommuner i Nord-, Midt-, og Vestjylland, der har de laveste andele af udsatte i denne aldersgruppe.

Figur 8.2 Andelen af socialt udsatte 18-39-årige i kommunerne i 2004 og 2014. Andele i procent.

2004



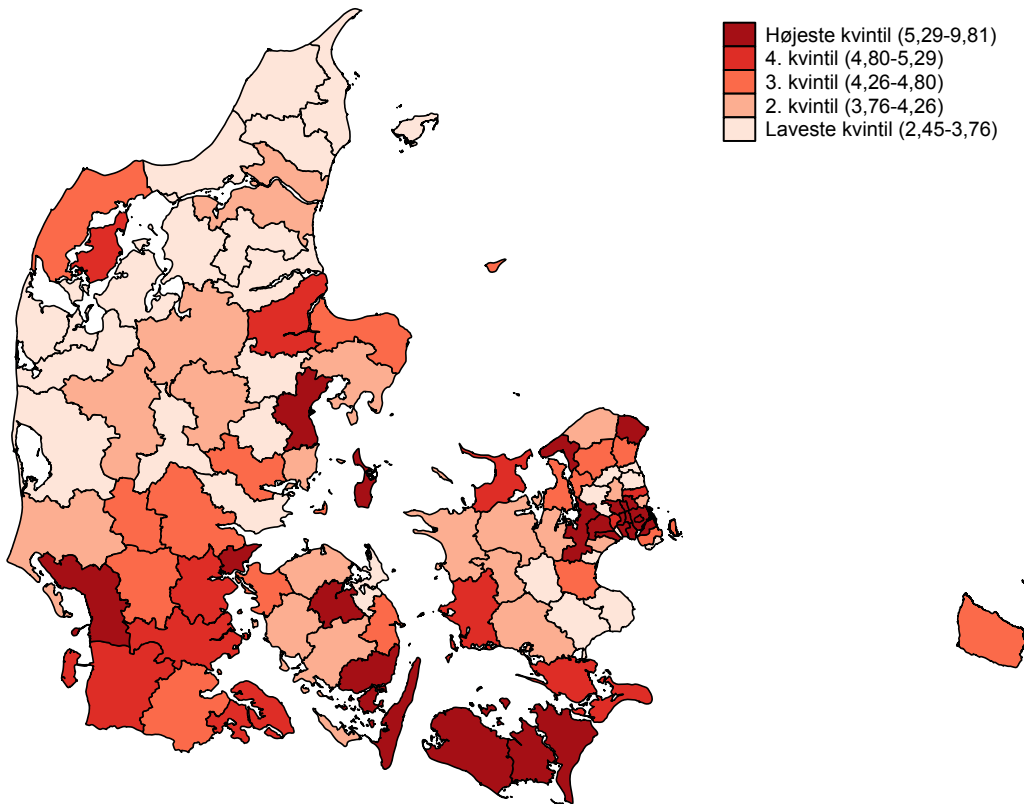
2014



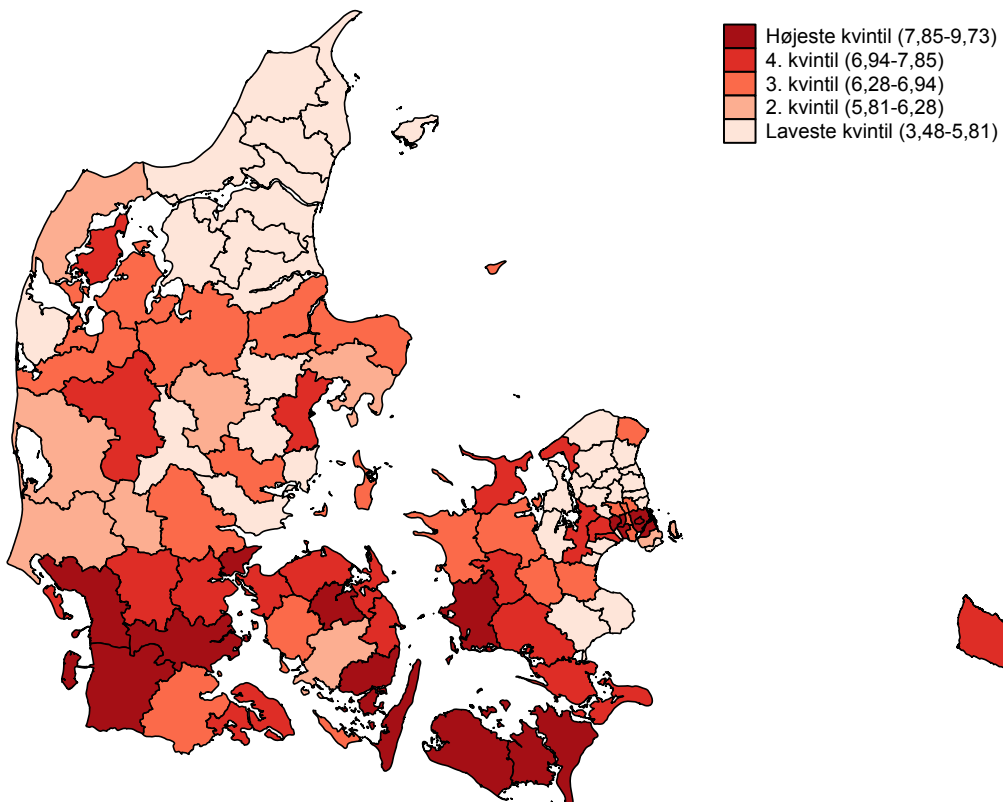
Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 8.3 Andelen af socialt udsatte 40-59-årige i kommunerne i 2004 og 2014. Andele i procent

2004



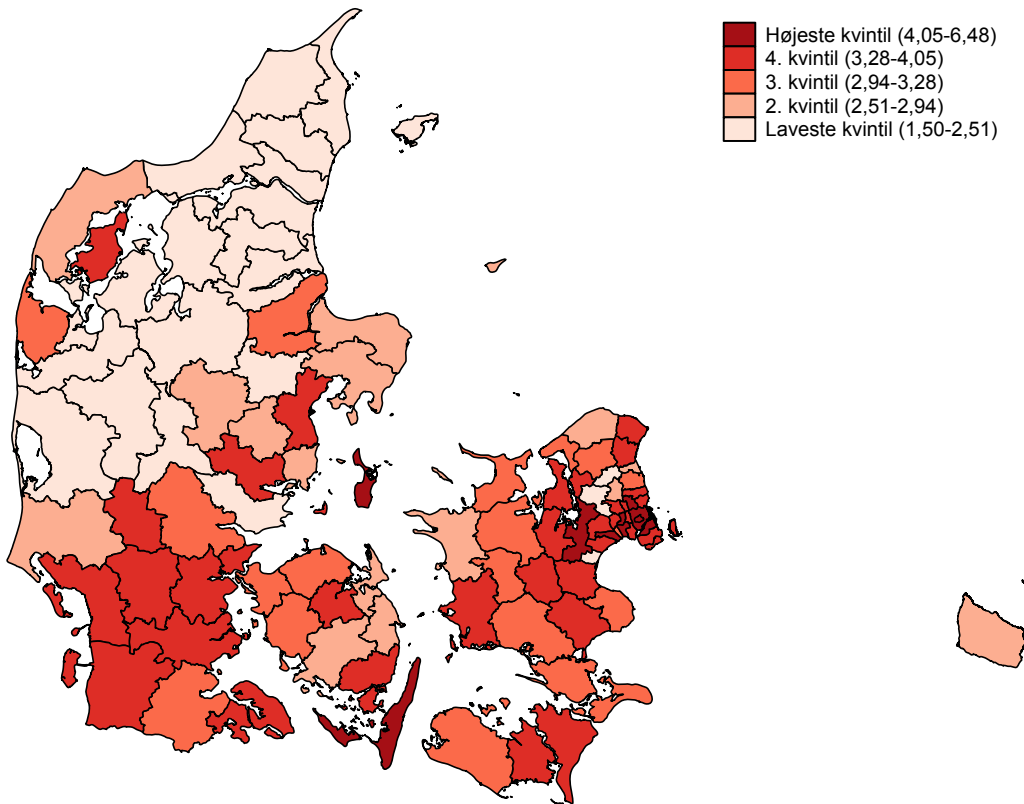
2014



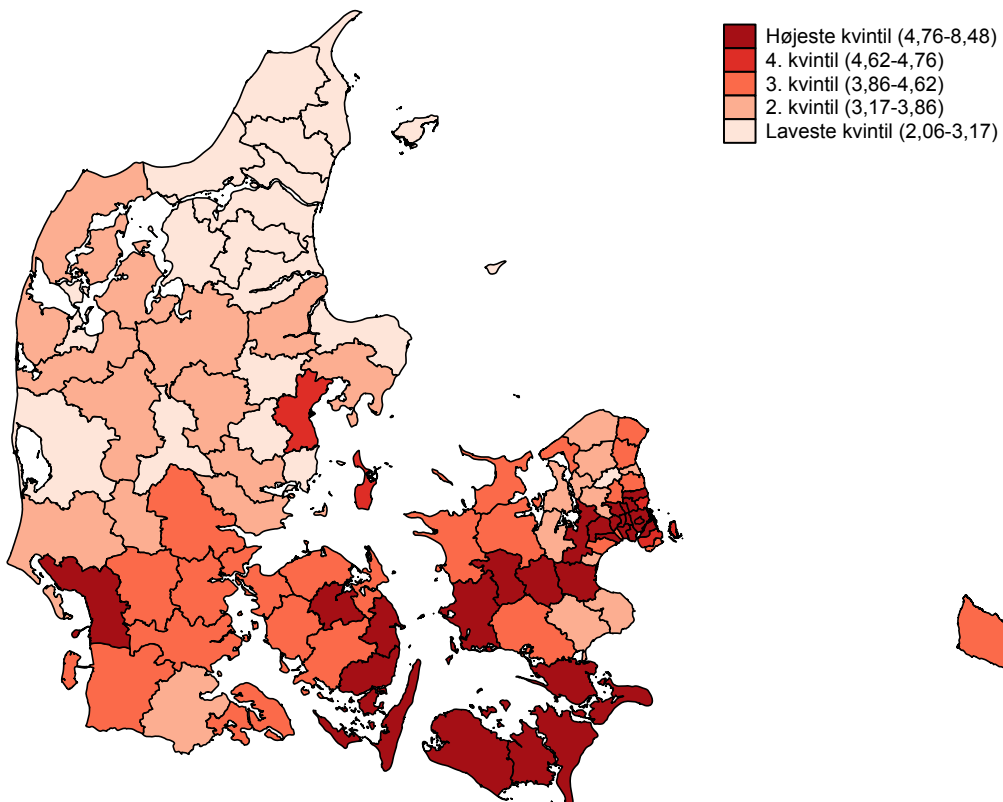
Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 8.4 Andelen af socialt udsatte 60-79-årige i kommunerne i 2004 og 2014. Andele i procent.

2004



2014



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I tabel 8.4 og 8.5 er vist de kommuner, som i hhv. 2004 og 2014 havde de højeste (tabel 8.4) og laveste (tabel 8.5) andele af udsatte borgere i hver aldersgruppe. Det ses af tabel 8.4, at det både for de 40-59-årige og for de 60-79-årige er Københavns Kommune, der har den højeste andel i de udsatte grupper i såvel 2004 som i 2014. For de 18-39-årige havde København den tiendehøjeste andel af udsatte i 2004, mens København ikke er blandt de 10 kommuner med den højeste andel af udsatte 18-39-årige i 2014.

Mange af kommunerne med flest udsatte i de forskellige aldersgrupper er yderkommuner som Tønder og Lolland, der i 2014 ligger blandt de 10 kommuner med den højeste andel af både de 18-39-årige og 40-59-årige. Særligt for den ældre aldersgrupper figurerer også flere af de københavnske vestegnskommuner blandt de 10 kommuner med de højeste andele af udsatte.

Tabel 8.4 Kommuner med de højeste andele af socialt udsatte borgere. Særskilt for aldersgrupper. 2014 og 2004. Andele i procent.

Rang	18-39-årige		40-59-årige		60-79-årige		Samlet	
	Kommune	Andel	Kommune	Andel	Kommune	Andel	Kommune	Andel
<i>2014</i>								
1	Tønder	13,8	København	9,7	København	8,5	Esbjerg	9,1
2	Fredericia	13,5	Guldborgsund	9,5	Frederiksberg	7,5	Fredericia	9,1
3	Odsherred	13,5	Esbjerg	8,9	Glostrup	6,2	Slagelse	8,7
4	Svendborg	13,2	Odense	8,9	Ærø	6,1	Svendborg	8,7
5	Esbjerg	12,9	Lolland	8,8	Gladsaxe	6,0	Guldborgsund	8,7
6	Fanø	12,8	Fredericia	8,8	Slagelse	5,9	Tønder	8,6
7	Aabenraa	12,6	Tønder	8,7	Ishøj	5,8	Albertslund	8,5
8	Haderslev	12,1	Langeland	8,5	Ringsted	5,6	Glostrup	8,5
9	Lolland	11,9	Slagelse	8,4	Roskilde	5,4	Odense	8,4
10	Nyborg	11,9	Glostrup	8,2	Brøndby	5,4	København	8,3
<i>2004</i>								
1	Esbjerg	7,6	København	9,8	København	6,5	København	7,4
2	Fredericia	7,4	Frederiksberg	7,2	Frederiksberg	5,6	Esbjerg	6,2
3	Lolland	7,3	Samsø	6,6	Samsø	5,0	Samsø	5,9
4	Albertslund	7,2	Herlev	6,4	Ishøj	4,9	Fredericia	5,8
5	Roskilde	6,7	Langeland	6,4	Gladsaxe	4,5	Frederiksberg	5,8
6	Herlev	6,7	Esbjerg	6,2	Langeland	4,5	Roskilde	5,8
7	Glostrup	6,6	Gladsaxe	6,2	Roskilde	4,2	Albertslund	5,8
8	Helsingør	6,5	Rødovre	6,2	Glostrup	4,1	Herlev	5,8
9	Tønder	6,4	Brøndby	6,0	Brøndby	4,1	Glostrup	5,7
10	København	6,4	Hvidovre	6,0	Ærø	4,1	Gladsaxe	5,7

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 8.5 viser de 10 kommuner med de laveste andele i de udsatte grupper for hver aldersgruppe i hhv. 2004 og 2014. Blandt disse kommuner figurerer særligt en del kommuner i relativt ressourcestærke områder. Det gælder nordsjællandske kommuner som Allerød og Rudersdal, ligesom også Favrskov og Skanderborg i omegnen af Aarhus figurerer blandt disse kommuner. Desuden er også flere nordjyske kommuner som Jammerbugt og Rebild at finde blandt kommunerne med færrest udsatte i de midaldrende og ældre aldersgrupper.

Tabel 8.5 Kommuner med de laveste andele af socialt udsatte borgere. Særskilt for aldersgruppe. 2014 og 2004. Andele i procent.

18-39-årige			40-59-årige		60-79-årige		Samlet	
Rang	Kommune	Andel	Kommune	Andel	Kommune	Andel	Kommune	Andel
<i>2014</i>								
1	Dragør	5,5	Allerød	3,5	Læsø	2,1	Rebild	3,9
2	Rebild	5,9	Rebild	3,6	Rebild	2,1	Læsø	4,1
3	Gentofte	6,4	Egedal	3,7	Jammerbugt	2,6	Allerød	4,2
4	Rudersdal	6,5	Dragør	3,7	Vesthimmerlands	2,6	Dragør	4,2
5	Frederiksberg	6,5	Rudersdal	3,8	Favrskov	2,6	Hørsholm	4,5
6	Aalborg	6,6	Hørsholm	3,8	Brønderslev	2,7	Egedal	4,5
7	Læsø	6,6	Favrskov	4,1	Odder	2,8	Rudersdal	4,6
8	Vallensbæk	6,6	Skanderborg	4,1	Struer	2,8	Favrskov	4,6
9	Egedal	7,0	Jammerbugt	4,3	Frederikshavn	2,8	Jammerbugt	4,7
10	Allerød	7,0	Furesø	4,3	Hjørring	2,8	Skanderborg	4,7
<i>2004</i>								
1	Læsø	1,2	Læsø	2,4	Læsø	1,5	Læsø	1,7
2	Rebild	2,8	Rebild	2,6	Rebild	1,7	Rebild	2,5
3	Jammerbugt	3,1	Hedensted	2,7	Frederikshavn	1,9	Frederikshavn	2,8
4	Frederikshavn	3,3	Egedal	2,9	Hjørring	2,0	Jammerbugt	2,9
5	Ringkøbing-Skjern	3,3	Favrskov	2,9	Vesthimmerlands	2,1	Vesthimmerlands	2,9
6	Hørsholm	3,4	Ringkøbing-Skjern	3,0	Ikast-Brande	2,1	Hedensted	3,0
7	Stevns	3,4	Vesthimmerlands	3,0	Hedensted	2,1	Ringkøbing-Skjern	3,0
8	Vesthimmerlands	3,5	Jammerbugt	3,0	Skive	2,3	Favrskov	3,0
9	Favrskov	3,5	Struer	3,0	Jammerbugt	2,3	Ikast-Brande	3,0
10	Mariagerfjord	3,5	Frederikshavn	3,0	Struer	2,3	Egedal	3,0

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Af de to tabeller 8.4 og 8.5 ses også, at der, når vi sammenligner kommunerne med hhv. de højeste og de laveste andele i de udsatte grupper, er en ca. dobbelt så høj andel i de udsatte grupper i kommunerne med de højeste andele som i kommunerne med de laveste andele. På den måde er der betydelige forskelle i omfanget af udsathed i forskellige områder, og disse forskelle følger i vid udstrækning skillelinjer mellem de mere ressourcestærke og de ressourcesvage områder af landet set i forhold til økonomisk vækst og beskæftigelse generelt.

8.2 Geografisk mobilitet i de udsatte grupper

I dette afsnit belyser vi, i hvilket omfang mobilitet og vandringer mellem forskellige områder – og navnlig mellem by og land – kan være med til at forklare de forskelle, vi har set i de foregående analyser. For at belyse dette ser vi på, i hvilken grad borgerne i de udsatte grupper som voksne bor i de samme områder, som de er født i, eller om de nu bor i andre områder af landet. Vi benytter i disse analyser opdelingen i de fem kategorier af storby-, by- og landkommuner, det vil sige København/Frederiksberg, hovedstadens omegnskommuner, Aarhus, Odense og Aalborg (under ét), de øvrige bykommuner og landkommuner. Ud over for personer født i udlandet mangler der

information i de centrale registre om fødekommunen for ca. 1 pct. af befolkningen, primært i de ældre aldersgrupper. Disse borgere er derfor udeladt fra analyserne i dette afsnit. Uddybende analyser af borgere med manglende oplysninger om fødekommunen viser, at der ikke er tegn på systematik i forhold til, hvorvidt disse borgere tilhører grupperne af socialt udsatte eller den øvrige befolkning (ikke vist).

I de følgende tabeller 8.6-8.11 har vi for hver aldersgruppe (18-39-årige, 40-59-årige og 60-79-årige) opgjort sammenhængen mellem, hvilket område man er født i, og hvor man bor i 2014. For hver aldersgruppe er vist to tabeller, hvor sammenhængen mellem fødeområde og nuværende bopæl er vist med hhv. rækkeprocenter og med kolonneprocenter. Tabellerne med rækkeprocenterne angiver, hvor stor en andel af dem, der er født i et givet område, der nu bor i hvert af de fem områder, mens tabellerne med kolonneprocenterne viser, hvor stor en andel af dem, der nu bor i et givet område, der er født i hvert af de fem områder. For hver aldersgruppe er sammenhængen mellem fødeområde og nuværende bopælsområde vist særskilt for personerne i den øvrige befolkning og for personerne i de udsatte grupper.

8.2.1 Den geografiske mobilitet blandt de 18-39-årige

Opgørelsen i tabel 8.6 viser, at for de 18-39-årige i de udsatte grupper, der er født i København eller på Frederiksberg, er det i 2014 kun 49 pct., der fortsat bor i en af de to kommuner, mens 28 pct. nu bor i en af omegnskommunerne, 4 pct. bor i Aarhus, Odense eller Aalborg, 9 pct. bor i de øvrige bykommuner, og 11 pct. bor som voksne i en landkommune. Disse andele blandt de udsatte borgere adskiller sig dog ikke markant fra de tilsvarende andele i den øvrige befolkning. Blandt de 18-39-årige i den øvrige befolkning, der er født i København eller på Frederiksberg, er det 53 pct., der stadig bor i en af de to kommuner, mens 29 pct. er flyttet til omegnskommune. Der er dog lidt færre i den øvrige befolkning, der er flyttet til de øvrige bykommuner (8 pct.) eller til en landkommune (8 pct.), og andelen, der er flyttet fra hovedstaden til provinsen, er således lidt større i de udsatte grupper end i den øvrige befolkning.

Den efterfølgende tabel 8.7 viser, at af dem i de udsatte grupper, der nu bor i København eller på Frederiksberg, er kun 40 pct. også født i en af de to kommuner, mens 28 pct. er født i en af omegnskommunerne, 6 pct. er født i Aarhus, Odense eller Aalborg, 13 pct. er født i en af de øvrige bykommuner, og 13 pct. er født i en landkommune. I den øvrige befolkning er det dog en endnu lavere andel på kun 35 pct. af de 18-39-årige med bopæl i København eller på Frederiksberg, der er født i en af de to kommuner, mens 29 pct. er født i en omegnskommune, og sammenlagt 37 pct. er født i resten af landet.

Mobiliteten af udsatte borgere både til og fra de to hovedstadskommuner er generelt højere end for de fire øvrige områder, men en betydelig del af denne mobilitet er bevægelser mellem de to centralkommuner og omegnskommunerne, hvor der således foregår en del mobilitet rundt i det samlede storbyområde. Ca. en femtedel af de udsatte 18-39-årige, der er født i København eller på Frederiksberg, bor som voksne uden for hovedstadsområdet, mens der omvendt er næsten en tredjedel af dem, der som udsatte voksne bor i København og på Frederiksberg, der er født i områder uden for det samlede hovedstadsområde. Der er således en betydelig del af de udsatte borgere i hovedstaden, der er født i andre kommuner, men samtidig viser opgørelsen, at dette ikke særskilt kendetegner de udsatte borgere, men i lige så høj grad den øvrige befolkning, der er bosat i hovedstaden.

Ligeledes er der en del mobilitet både til og fra de øvrige områder. Fx er det ca. 4 ud af 10 af de 18-39-årige udsatte, der i 2014 bor i Aarhus, Odense og Aalborg, der er født i de øvrige bykommuner eller landkommuner, men samtidig er næsten 3 ud af 10 af de udsatte, der var født i Aar-

hus, Odense og Aalborg, i 2014 bosat i de øvrige bykommuner eller landkommunerne. Der er også en del mobilitet på tværs af de øvrige bykommuner og landkommunerne, og ligesom mobiliteten for de øvrige områder går også denne mobilitet begge veje. Eksempelvis er 19 pct. af de udsatte 18-39-årige i de øvrige bykommuner født i landkommunerne, mens der tilsvarende er 18 pct. af de 18-39-årige udsatte i landkommunerne, der er født i en af de øvrige bykommuner.

Om end flertallet af de 18-39-årige i de udsatte grupper stadig bor i samme områdekategori, som de er født i, har der således været en del mobilitet, og det er karakteristisk, at denne mobilitet går på kryds og tværs mellem kategorierne og således også både fra by til land og fra land til by. Heri adskiller mobiliteten i de udsatte grupper sig endvidere ikke markant fra mønstrene i den øvrige befolkning, hvor der også er en del mobilitet, både fra land til by og fra by til land.

Tabel 8.6 Personer i alderen 18-39 år, der er født i et specifikt område, fordelt efter, i hvilket område de bor i 2014. Særskilt for den øvrige befolkning og gruppen af socialt udsatte. Rækkeprocenter.

Bopælsområde i 2014												
Fødselsområde	Den øvrige befolkning (n = 1.133.519)						Socialt udsatte (n = 112.955)					
	1	2	3	4	5	I alt	1	2	3	4	5	I alt
1. København og Frederiksberg	53	29	4	8	8	100	49	28	4	9	11	100
2. Københavns omegn	26	59	3	6	6	100	20	59	3	8	10	100
3. Aarhus, Odense og Aalborg	11	4	62	9	15	100	7	3	60	12	17	100
4. Bykommuner	10	5	14	60	13	100	6	4	9	66	15	100
5. Landkommuner	11	6	17	17	49	100	8	5	13	21	53	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 8.7 Personer i alderen 18-39 år, der bor i et specifikt område i 2014, fordelt efter, i hvilket område de er født. Særskilt for den øvrige befolkning og gruppen af socialt udsatte. Kolonneprocenter.

Bopælsområde i 2014										
Fødselsområde	Den øvrige befolkning (n = 1.133.519)					Socialt udsatte (n = 112.955)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. København og Frederiksberg	35	19	3	4	5	40	19	3	4	6
2. Københavns omegn	29	64	4	5	6	28	65	4	6	9
3. Aarhus, Odense og Aalborg	7	3	46	5	9	6	2	52	5	9
4. Bykommuner	14	7	22	68	17	13	6	18	66	18
5. Landkommuner	15	8	26	19	63	13	7	23	19	58
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

8.2.2 Den geografiske mobilitet blandt de 40-59-årige

Tabel 8.8 (rækkeprocenter) og tabel 8.9 (kolonneprocenter) viser sammenhængen mellem fødselsområde og bopælsområde i 2014 for de 40-59-årige, ligeledes opdelt på den øvrige befolkning

og de udsatte grupper. Ligesom for de 18-39-årige har der også for de 40-59-årige været en del mobilitet mellem de forskellige områder, når vi sammenligner, hvor personerne er født, med hvor de bor i dag. Det gælder både i den øvrige befolkning og i de udsatte grupper.

Tabel 8.8 Personer i alderen 40-59 år, der er født i et specifikt område, fordelt efter, i hvilket område de bor i 2014. Særskilt for den øvrige befolkning og gruppen af socialt udsatte. Rækkeprocenter.

Bopælsområde 2014												
Fødselsområde	Den øvrige befolkning (n = 1.249.846)						Socialt udsatte (n = 85.109)					
	1	2	3	4	5	I alt	1	2	3	4	5	I alt
1. København og Frederiksberg	24	49	3	10	14	100	32	37	3	12	16	100
2. Københavns omegn	12	62	3	10	14	100	15	53	3	12	16	100
3. Aarhus, Odense og Aalborg	4	8	45	15	28	100	5	5	48	17	26	100
4. Bykommuner	4	8	7	60	22	100	4	5	7	62	22	100
5. Landkommuner	4	9	9	20	59	100	5	7	9	23	56	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 8.9 Personer i alderen 40-59 år, der bor i et specifikt område i 2014, fordelt efter, i hvilket område de er født. Særskilt for den øvrige befolkning og gruppen af socialt udsatte. Kolonneprocenter.

Bopælsområde 2014										
Fødselsområde	Den øvrige befolkning (n = 1.249.846)					Socialt udsatte (n = 85.109)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. København og Frederiksberg	47	35	4	6	8	55	39	6	9	12
2. Københavns omegn	23	43	4	6	8	21	44	5	7	10
3. Aarhus, Odense og Aalborg	7	4	54	7	13	5	3	56	8	12
4. Bykommuner	13	9	18	63	22	10	7	16	59	22
5. Landkommuner	11	9	19	18	50	8	7	17	17	44
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Blandt de 40-59-årige er der 5 pct. af de udsatte, der oprindeligt er født i landkommunerne, der som voksne i 2014 bor i København eller på Frederiksberg, og 7 pct., der bor i omegnskommunerne, mens der tilsvarende er 16 pct. af de udsatte, der oprindeligt er født i København eller på Frederiksberg, som nu bor i en landkommune (tabel 8.8). Denne mobilitet fra både land til by og fra by til land er imidlertid ikke særegen for de udsatte grupper, idet vi finder bevægelser af en nogenlunde tilsvarende størrelsesorden for personerne i den øvrige befolkning. Der er dog både i de udsatte grupper og i den øvrige befolkning forholdsvist en lidt større andel af dem, der er født i hovedstadsområdet, der nu bor i landkommunerne, end der omvendt er født i landkommunerne, men som nu bor i hovedstadsområdet (tabel 8.8).

8.2.3 Den geografiske mobilitet blandt de 60-79-årige

I tabel 8.10 og 8.11 er sammenhængen mellem fødselsområde og bopæl i 2014 opgjort for de 60-79-årige. Ligesom for de øvrige aldersgrupper er der en del bevægelser mellem de forskellige områder, både i de udsatte grupper og i den øvrige befolkning. Selv om den største gruppe stadig bor i samme type af område, som de er født i, har der også været en del bevægelser mellem områderne, og ligesom for de øvrige aldersgrupper gælder det, at disse bevægelser både går fra land til by og fra by til land. Eksempelvis er der 14 pct. af de udsatte, som er født i København og på Frederiksberg, der som 60-79-årige er bosat i landkommunerne, mens der omvendt er 6 pct. af de udsatte, der er født i landkommunerne, der som 60-79-årige er bosat i København eller på Frederiksberg. Samtidig adskiller disse andele, der er flyttet mellem storby og landområde eller omvendt, sig ikke væsentligt, når vi sammenligner de udsatte grupper med den øvrige befolkning.

Tabel 8.10 Personer i alderen 60-79 år, der er født i et specifikt område, fordelt efter, i hvilket område de bor i 2014. Særskilt for den øvrige befolkning og gruppen af socialt udsatte. Rækkeprocenter.

Bopælsområde 2014												
Fødselsområde	Den øvrige befolkning (n = 1.007.823)						Socialt udsatte (n = 46.438)					
	1	2	3	4	5	I alt	1	2	3	4	5	I alt
1. København og Frederiksberg	20	52	3	10	16	100	31	42	3	10	14	100
2. Københavns omegn	7	64	3	10	16	100	12	60	3	10	16	100
3. Aarhus, Odense og Aalborg	3	9	46	15	27	100	6	9	47	16	23	100
4. Bykommuner	3	9	7	59	22	100	5	10	8	57	21	100
5. Landkommuner	3	10	9	23	55	100	6	11	9	24	51	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 8.11 Personer i alderen 60-79 år, der bor i et specifikt område i 2014, fordelt efter, i hvilket område de er født. Særskilt for den øvrige befolkning og gruppen af socialt udsatte. Kolonneprocenter.

Bopælsområde 2014												
Fødselsområde	Den øvrige befolkning (n = 1.007.823)					Socialt udsatte (n = 46.438)						
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1. København og Frederiksberg	60	45	5	7	10	65	48	6	10	14		
2. Københavns omegn	11	24	2	3	4	9	25	2	4	6		
3. Aarhus, Odense og Aalborg	5	5	49	6	10	5	4	50	7	9		
4. Bykommuner	12	11	17	58	19	10	10	18	54	19		
5. Landkommuner	14	15	27	26	57	12	13	23	25	52		
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

8.3 Udsathed, geografi og forsørgelsesgrundlag

I tabel 8.12 er opgjort forsørgelsesgrundlaget for hver af de udsatte grupper samt i den øvrige befolkning, opdelt på de fem kommunetyper. Tabellen er afgrænset til de 18-59-årige. En ret markant forskel mellem områderne er, hvor stor en andel der er på hhv. kontanthjælp eller førtidspension. Opgørelsen viser, at andelen i de udsatte grupper, der modtager førtidspension, er væsentligt lavere i København og på Frederiksberg (under ét) end i andre dele af landet. Det gælder generelt for alle de udsatte grupper, men særligt for gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) er forskellen stor. I denne gruppe er det 18 pct., der modtager førtidspension i København og på Frederiksberg (under ét), mens der i samme gruppe er 29 pct., der modtager førtidspension i hovedstadens omegnskommuner, og 34 pct. i Aarhus, Odense og Aalborg (under ét). Forskellen gør sig dog ikke kun gældende for misbrugerne. Eksempelvis er der også i gruppen med svær psykisk lidelse (gruppe 2) en markant lavere andel, der modtager førtidspension, i København og på Frederiksberg (31 pct.), sammenlignet med 38 pct. i omegnskommunerne og 41 pct. i Aarhus, Odense og Aalborg, mens det er hele 48 pct. i denne gruppe, der modtager førtidspension i landkommunerne.

Tabel 8.12 Personer i alderen 18-59 år i hver af de socialt udsatte grupper samt i den øvrige befolkning, fordelt efter forsørgelsesgrundlag. Særskilt for kommunetyper. 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>København og Frederiksberg</i>									
Job	67	43	19	52	37	13	20	13	7
Studerende	19	21	13	7	11	6	7	2	2
Ledige	4	8	6	8	6	8	7	6	4
Kontanthjælp	3	18	26	19	29	55	34	55	54
Førtidspension	2	5	31	9	8	9	25	18	27
Øvrige ikke-beskæftigede	5	6	5	5	8	9	6	7	6
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Københavns omegn</i>									
Job	77	45	17	55	36	16	24	19	11
Studerende	10	15	10	3	11	5	6	4	3
Ledige	3	7	5	8	7	10	6	6	4
Kontanthjælp	3	17	24	15	24	45	30	33	44
Førtidspension	3	9	38	14	12	14	28	29	30
Øvrige ikke-beskæftigede	4	7	6	4	9	9	6	8	7
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Aarhus, Odense og Aalborg</i>									
Job	64	34	14	43	26	12	17	11	8
Studerende	22	21	12	5	16	7	9	4	3
Ledige	4	7	4	9	5	7	5	5	4
Kontanthjælp	3	20	24	18	29	44	32	39	39

	Den øvrige befolk- ning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alko- hol- mis- brug	4 Stof- mis- brug	5 Hjem- løshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kom- pleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kom- pleksitet
Førtidspension	4	12	41	21	14	22	31	34	41
Øvrige ikke-beskæftigede	3	6	4	4	11	8	6	8	6
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Øvrige bykommuner</i>									
Job	76	38	15	50	33	13	21	16	10
Studerende	10	14	7	3	15	6	7	4	4
Ledige	3	7	4	7	5	5	5	5	4
Kontanthjælp	3	21	24	18	23	40	31	36	40
Førtidspension	5	14	45	19	14	25	30	30	33
Øvrige ikke-beskæftigede	3	6	5	3	10	11	6	8	9
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Landkommuner</i>									
Job	77	39	14	47	33	13	21	19	9
Studerende	8	12	6	2	14	7	5	4	4
Ledige	3	7	4	7	4	6	6	4	4
Kontanthjælp	4	21	24	17	22	35	29	31	39
Førtidspension	6	16	48	22	16	28	32	34	35
Øvrige ikke-beskæftigede	3	6	5	3	11	10	7	9	9
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

8.4 Udsathed, geografi og brug af indsatser

I dette afsnit belyser vi, om der er forskel mellem de geografiske områder i andelen i de udsatte grupper, der benytter forskellige sociale og behandlingsmæssige indsatser. I tabel 8.13 opgør vi andelen i de udsatte grupper, der modtager udvalgte indsatser efter serviceloven i form af social bostøtte (§ 85), midlertidige botilbud (§ 107) eller længerevarende botilbud (§ 108). Når brugen af disse ydelser sammenlignes på tværs af geografiske områder, er det hensigtsmæssigt at se på brugen af disse indsatser under ét, da der kan være forskelle mellem kommunerne på, i hvilken grad de forskellige paragraffer benyttes til at give den sociale støtte i botilbud og botilbudslignende indsatser. I en del tilfælde benyttes bostøtte under § 85 også som den form for social støtte, der ydes i botilbudslignende tilbud i boliger under almenboliglovens § 105. I kommuner, der i højere grad benytter disse botilbudslignende tilbud, vil der således være en højere andel registreret med § 85-bostøtte, sammenlignet med kommuner, der primært anvender botilbud efter § 107 eller § 108.

Som analyserne i kapitel 5 om brug af sociale indsatser viste, er der en del forskel mellem de udsatte grupper i andelen, der modtager de pågældende indsatser under serviceloven. Opgørelsen i tabel 8.13 viser derudover, at der også er en del forskel på tværs af kommunetyperne på, hvor stor en andel inden de enkelte udsatte grupper der modtager de pågældende indsatser. Der er en tendens til, at færre inden for de fleste af grupperne modtager en af de pågældende ydelser i København og på Frederiksberg (set under ét) end i de øvrige kommuner. Eksempelvis er der i gruppen af 18-39-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) 10 pct., der

modtager en af de pågældende ydelser i København og på Frederiksberg, sammenlignet med 20 pct. i samme gruppe i hovedstadens omegnskommuner og 22 pct. i Aarhus, Odense og Aalborg. En lignende forskel finder vi i samme aldersgruppe i gruppen med svære psykiske lidelser (gruppe 2), hvor det er 10 pct., der modtager en af de pågældende ydelser i København og på Frederiksberg, sammenlignet med 19 pct. i omegnskommunerne og 26 pct. i Aarhus, Odense og Aalborg. Forskellen varierer dog lidt mellem de forskellige grupper og også mellem aldersgrupperne. Blandt de 40-59-årige er der således ligeledes en lavere andel, der modtager de pågældende indsatser i København og på Frederiksberg i gruppen med svære psykiske lidelser, mens forskellen derimod ikke gør sig gældende blandt de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer.

Tabel 8.13 Andelen af personer i alderen 18-79 år, der bruger udvalgte ydelser efter serviceloven (bostøtte efter § 85 samt midlertidige og længerevarende botilbud efter §§ 107 og 108) i den øvrige befolkning og i hver af de socialt udsatte grupper. Særskilt for aldersgrupper og kommunetyper. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
København og Frederiksberg	< 1	2	13	1	2	4	12	5	13
Københavns omegn	< 1	4	20	2	4	15	16	5	18
Aarhus, Odense og Aalborg	1	6	29	3	4	11	23	7	25
Øvrige bykommuner	1	5	22	2	4	12	14	7	17
Landkommuner	1	7	25	3	5	12	17	6	19
<i>18-39 år</i>									
København og Frederiksberg	< 1	2	10	1	2	4	10	2	10
Københavns omegn	1	5	19	3	4	15	18	6	20
Aarhus, Odense og Aalborg	1	7	26	4	4	13	23	7	22
Øvrige bykommuner	1	6	21	3	3	12	15	6	15
Landkommuner	1	9	25	3	5	14	20	5	20
<i>40-59 år</i>									
København og Frederiksberg	< 1	3	15	2	2	4	14	6	18
Københavns omegn	< 1	4	24	2	5	15	16	6	20
Aarhus, Odense og Aalborg	1	6	35	3	6	10	26	9	30
Øvrige bykommuner	1	4	25	2	6	12	15	8	19
Landkommuner	1	6	27	4	7	11	17	7	20
<i>60-79 år</i>									
København og Frederiksberg	< 1	2	14	1	2	5	10	4	9
Københavns omegn	< 1	3	14	1	2	19	9	2	12
Aarhus, Odense og Aalborg	< 1	3	26	2	4	10	12	4	16
Øvrige bykommuner	< 1	2	18	2	4	12	9	5	12
Landkommuner	< 1	3	20	2	4	9	9	4	10

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Som tidligere nævnt er der i København og på Frederiksberg en væsentligt højere andel af dem, der bor i kommunen, der er født i andre kommuner (både i de udsatte grupper og i den øvrige befolkning). En yderligere analyse viser dog, at denne forskel ikke kan forklare den lavere andel, der modtager de pågældende ydelser efter serviceloven i de to kommuner (set under ét), da der ikke er nogen væsentlig forskel på denne andel blandt dem, der er født i en af de to kommuner, og dem, der er født i andre områder (ikke vist).

Vi har også undersøgt, om der er forskel på brugen af somatiske og psykiatriske behandlingsydelser i de udsatte grupper i forskellige områder i landet. Denne analyse har vi foretaget, opdelt på regioner. I tabel 8.14 er opgjort det gennemsnitlige antal lægekontakter (for alle typer af læger) i hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning, opdelt på regioner.

Tabel 8.14 Lægekontakter blandt personer i alderen 18-79 år i hver af de socialt udsatte grupper og i den øvrige befolkning. Særskilt for aldersgrupper og regioner. 2014. Antal.

	1	2	3	4	5	6	7	8	
	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
Hovedstaden	10,1	17,1	15,6	14,2	9,5	7,8	15,8	12,5	14,6
Sjælland	11,0	18,8	18,1	14,8	11,4	10,7	18,9	15,6	19,0
Syddanmark	10,7	17,8	18,6	14,8	10,6	9,6	18,0	13,5	18,7
Midtjylland	10,7	18,8	20,3	15,5	12,2	13,3	19,3	18,0	21,3
Nordjylland	10,3	17,6	19,1	15,2	11,8	11,1	19,8	16,6	21,3
<i>18-39-årige</i>									
Hovedstaden	7,5	13,9	12,6	8,3	7,2	7,2	10,6	5,2	7,9
Sjælland	8,3	14,7	14,8	8,9	7,6	8,5	12,6	8,0	12,5
Syddanmark	8,0	14,3	15,6	9,2	8,2	8,9	13,1	7,5	12,9
Midtjylland	8,2	15,6	16,9	9,7	8,8	11,4	14,6	9,8	15,9
Nordjylland	7,7	14,8	15,5	10,0	8,7	9,8	14,6	10,2	17,5
<i>40-59-årige</i>									
Hovedstaden	9,4	18,1	15,8	11,8	11,1	7,9	16,2	12,1	15,7
Sjælland	9,9	19,4	18,5	12,3	16,1	12,7	20,4	15,3	22,3
Syddanmark	9,8	18,4	19,3	12,7	14,2	10,2	19,8	14,9	22,4
Midtjylland	10,1	19,5	21,5	13,8	17,9	13,9	22,0	19,3	24,3
Nordjylland	9,6	18,5	19,8	13,4	17,5	11,2	21,6	17,9	23,2
<i>60-79-årige</i>									
Hovedstaden	14,8	26,8	22,3	18,0	22,9	10,1	25,2	19,4	26,1
Sjælland	14,6	28,1	24,6	19,1	27,9	10,8	29,7	23,5	29,0
Syddanmark	14,3	27,6	25,0	20,0	25,9	11,0	29,1	20,8	36,9
Midtjylland	14,7	30,4	27,0	20,3	33,7	16,3	31,9	25,8	33,8
Nordjylland	13,9	26,3	25,7	19,8	29,7	14,0	35,6	22,9	31,8

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I flere af de udsatte grupper og navnlig i grupperne med de mest komplekse problemer er det gennemsnitlige antal lægekontakter lidt lavere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner. Denne tendens er især tydelig i de yngre aldersgrupper. Ser vi fx på de 18-39-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), havde denne gruppe i gennemsnit 7,9 lægekontakter i Region Hovedstaden, hvor dette antal var lavest, mens gruppen til sammenligning gennemsnitligt havde 15,9 lægekontakter i Region Midtjylland og 17,5 lægekontakter i Region Nordjylland, hvor antallet af lægekontakter for denne gruppe var højest. Hvad der nærmere ligger bag denne forskel, er det ikke muligt at afdække ud fra tallene.

Tabel 8.15 Somatiske indlæggelsesdage blandt personer i alderen 18-79 år i hver af de socialt udsatte grupper og i den øvrige befolkning. Særskilt for aldersgrupper og regioner. 2014. Antal.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
Hovedstaden	0,5	1,3	1,3	2,7	1,1	1,1	2,0	5,4	4,8
Sjælland	0,6	1,5	1,3	2,4	1,1	1,0	2,2	5,3	4,6
Syddanmark	0,5	1,2	1,0	1,6	0,8	0,8	1,4	3,0	2,4
Midtjylland	0,5	0,9	0,9	2,0	0,6	1,0	1,2	3,1	2,8
Nordjylland	0,5	1,2	0,9	2,8	0,8	0,7	1,5	4,0	2,7
<i>18-39-årige</i>									
Hovedstaden	0,3	0,7	0,7	0,7	0,5	0,7	0,8	1,1	1,4
Sjælland	0,3	0,7	0,8	0,6	0,6	0,6	0,9	1,3	1,6
Syddanmark	0,3	0,7	0,8	0,5	0,3	0,6	0,7	1,1	1,2
Midtjylland	0,3	0,5	0,6	0,5	0,3	0,5	0,6	0,6	1,2
Nordjylland	0,3	0,7	0,7	0,7	0,4	0,6	0,6	1,2	1,8
<i>40-59-årige</i>									
Hovedstaden	0,4	1,0	1,1	1,7	1,5	1,4	2,0	5,5	5,6
Sjælland	0,4	1,2	1,0	1,7	1,9	1,2	1,9	5,0	6,1
Syddanmark	0,3	1,0	1,0	1,0	1,3	0,9	1,5	3,6	2,9
Midtjylland	0,3	0,8	0,7	1,7	1,0	1,2	1,4	3,5	4,1
Nordjylland	0,4	1,2	0,9	2,2	1,3	0,6	1,8	4,1	3,1
<i>60-79-årige</i>									
Hovedstaden	1,2	4,0	3,0	4,1	4,5	2,0	4,4	8,6	9,7
Sjælland	1,1	4,0	2,7	3,7	3,6	1,5	5,4	9,4	9,1
Syddanmark	0,9	3,1	1,7	2,8	3,9	1,3	3,3	5,2	7,4
Midtjylland	0,9	3,0	1,7	3,0	2,4	1,6	3,1	5,6	5,6
Nordjylland	1,0	3,2	1,5	4,4	3,4	1,2	4,2	8,2	5,6

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I tabel 8.15 er opgjort det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på somatiske afdelinger i de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning, opdelt på regioner og aldersgrupper. Modsat antallet af lægekontakter er der i flere af grupperne en tendens til et højere antal somatiske indlæg-

gelsesdage i Region Hovedstaden (samt til dels også i Region Sjælland) end i de øvrige regioner. Det gælder navnlig for de udsatte grupper med komplekse problemer og i de midaldrende og ældre aldersgrupper. Eksempelvis har de 60-79-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer i gennemsnit 9,7 indlæggelsesdage om året i Region Hovedstaden, sammenlignet med 7,4 indlæggelsesdage i Region Syddanmark og 5,6 indlæggelsesdage i både Region Midtjylland og i Region Nordjylland. Der er dog en vis variation mellem grupperne i disse mønstre.

Set i forhold til den samlede brug af en række forskellige ydelser kan man være opmærksom på, om der er en sammenhæng mellem, på den ene side, tendensen til en lavere andel blandt de udsatte grupper i hovedstaden, der modtager de sociale indsatser under serviceloven (jf. tabel 8.13), og ligeledes det lavere antal lægekontakter (der primært udgøres af kontakter i almen praksis) i hovedstadsområdet, og, på den anden side, tendensen til et højere antal indlæggelsesdage blandt de udsatte grupper i Region Hovedstaden. En mulig forklaring kan være, at den lavere andel, der modtager en håndholdt social indsats (som § 85-bostøtte), betyder, at kontakten med sundhedssystemet ikke understøttes i tilstrækkelig grad, hvilket kan betyde, at helbredsproblemer er mere fremskredne, når kontakten med sundhedsvæsenet sker, og derfor i højere grad kræver indlæggelse. Det er dog ikke muligt nærmere ud fra tallene at afprøve en sådan hypotese.

I tabel 8.16 er opgjort antallet af psykiatriske indlæggelsesdage i de udsatte grupper samt i den øvrige befolkning, opdelt på regioner og aldersgrupper. Ligesom for de somatiske indlæggelsesdage (tabel 8.15) finder vi også i flere af grupperne en tendens til et højere antal psykiatriske indlæggelsesdage for borgerne i de udsatte grupper i Region Hovedstaden. Ser vi eksempelvis på de 40-59-årige psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), har denne gruppe i Region Hovedstaden i gennemsnit 12,7 indlæggelsesdage på en psykiatrisk afdeling, mens det tilsvarende antal indlæggelsesdage er 8,4 i Region Midtjylland og 8,5 i Region Nordjylland. Samme tendens findes i både den yngre og den ældre aldersgruppe. Ligesom for de somatiske indlæggelser er et nærliggende spørgsmål, om der er en sammenhæng mellem den forholdsvis lave andel, der modtager de sociale indsatser under serviceloven, og det højere antal psykiatriske indlæggelsesdage, men det er ikke muligt ud fra tallene nærmere at belyse denne mulige sammenhæng.

Tabel 8.16 Psykiatriske indlæggelsesdage blandt personer i alderen 18-79 år i hver af de socialt udsatte grupper og i den øvrige befolkning. Særskilt for aldersgrupper og regioner. 2014. Antal.

		1	2	3	4	5	6	7	8
	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkoholmisbrug	Stofmisbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Samlet</i>									
Hovedstaden	-	1,2	10,3	0,1	0,2	3,2	12,2	0,4	14,5
Sjælland	-	0,8	8,2	< 0,1	< 0,1	3,9	7,7	0,3	10,9
Syddanmark	-	1,0	7,7	0,1	0,2	4,5	6,2	0,5	8,6
Midtjylland	-	1,1	9,3	0,2	0,3	2,6	7,2	0,2	9,3
Nordjylland	-	1,7	8,7	0,5	0,3	1,5	10,2	0,5	10,9
<i>18-39-årige</i>									
Hovedstaden	-	0,9	9,7	< 0,1	0,1	3,1	14,7	0,3	20,5
Sjælland	-	0,5	7,4	< 0,1	< 0,1	4,4	9,9	< 0,1	13,8
Syddanmark	-	0,8	7,2	0,1	0,2	3,1	6,3	0,5	8,7
Midtjylland	-	1,0	8,4	< 0,1	0,3	3,5	7,8	0,4	11,3
Nordjylland	-	1,4	8,0	< 0,1	0,3	1,9	12,5	1,4	14,6
<i>40-59-årige</i>									
Hovedstaden	-	1,1	10,5	0,1	0,2	3,2	12,3	0,5	12,7
Sjælland	-	0,8	10,1	< 0,1	< 0,1	3,0	7,3	0,5	10,0
Syddanmark	-	0,9	8,5	< 0,1	0,2	6,1	6,6	0,7	9,3
Midtjylland	-	1,2	9,7	0,2	0,2	1,7	7,0	0,2	8,4
Nordjylland	-	1,7	9,2	0,4	0,2	1,2	8,1	0,2	8,5
<i>60-79-årige</i>									
Hovedstaden	-	2,2	11,0	0,1	0,2	3,4	6,8	0,3	6,3
Sjælland	-	1,5	6,9	0,1	< 0,1	5,2	4,0	< 0,1	4,6
Syddanmark	-	2,0	7,5	0,1	0,5	4,6	5,1	0,1	4,8
Midtjylland	-	1,6	10,6	0,3	< 0,1	3,1	5,5	< 0,1	3,5
Nordjylland	-	2,7	9,7	0,9	1,1	1,6	6,7	0,1	3,1

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

8.5 Udsathed, geografi og udgifter til indsatser

I dette afsnit belyser vi forskelle mellem forskellige geografiske områder og kommuner i udgifterne til de udsatte grupper. I disse opgørelser skal det tages i betragtning, at mens oplysningerne om brugen af indsatser og ydelser er baseret på individdata for hver enkelt borger, er oplysningerne om udgifterne forbundet med disse indsatser for de fleste udgiftsområder baseret på beregnede enhedspriser ud fra et landsgennemsnit. Det skyldes, at der, med undtagelse af sundhedsområdet, ikke findes oplysninger i de centrale dataregistre om de faktiske udgifter forbundet med ydelserne til den enkelte borger. Mens brugen af indsatser og ydelser således viser den faktiske brug i de enkelte områder og kommuner, er udgiftsberegningen baseret på landsdækkende enhedspriser, der således kan afvige fra de faktiske udgifter til de pågældende indsatser i den enkelte kom-

mune. Når vi i de følgende opgørelser således viser udgifterne pr. borger i de udsatte grupper i de forskellige geografiske områder samt på kommuneniveau, er der dermed tale om beregnede (estimerede) udgifter.

Baseret på oplysningerne om brugen af ydelser i de forskellige grupper opgør vi i figur 8.5 de gennemsnitlige beregnede udgifter pr. person i de udsatte grupper for hver af de fem kommunetyper og for hver af aldersgrupperne. Det ses, at inden for de enkelte aldersgrupper, er der ikke væsentlige forskelle knyttet til kommunetypen i udgifterne pr. person i hver af de enkelte udsatte grupper. Der er dog en vis forskel i udgifterne til 18-39-årige med moderate og svære psykiske lidelser, hvor udgifterne pr. person er lidt lavere i hovedstaden og dens omegnskommuner end i den øvrige del af landet. Forskellene er dog ikke markante.

I tabel 8.17 er opgjort de gennemsnitlige beregnede udgifter til de udsatte grupper pr. indbygger for hver af de fem kommunetyper, det vil sige beregnet pr. borger i kommunen. Disse tal er således de beregnede udgifter, baseret på de gennemsnitlige enhedspriser pr. ydelse på landsplan. Der kan således være forskelle på de faktiske udgifter i kommunerne, der ikke fremgår af tallene.

Det ses af tabel 8.17, at de beregnede udgifter til de udsatte grupper pr. indbygger i kommunen er højest for København og Frederiksberg (set under ét) med beregnede udgifter på 15.909 kr. pr. indbygger. Dette tal inkluderer både de udgifter, der afholdes af kommune, region og stat. Dernæst følger kategorien af øvrige bykommuner med beregnede gennemsnitlige udgifter til de udsatte grupper på 15.079 kr. pr. indbygger. De laveste gennemsnitlige udgifter pr. indbygger til de udsatte grupper finder vi for hovedstadens omegnskommuner med 12.192 kr. pr. indbygger. Det er særligt det høje antal udsatte borgere i de midaldrende og ældre aldersgrupper, der trækker de gennemsnitlige udgifter i København og på Frederiksberg op. Det betyder, at det er i hovedstaden, at vi finder de højeste udgifter pr. indbygger i kommunen til indsatser og ydelser til de udsatte grupper.

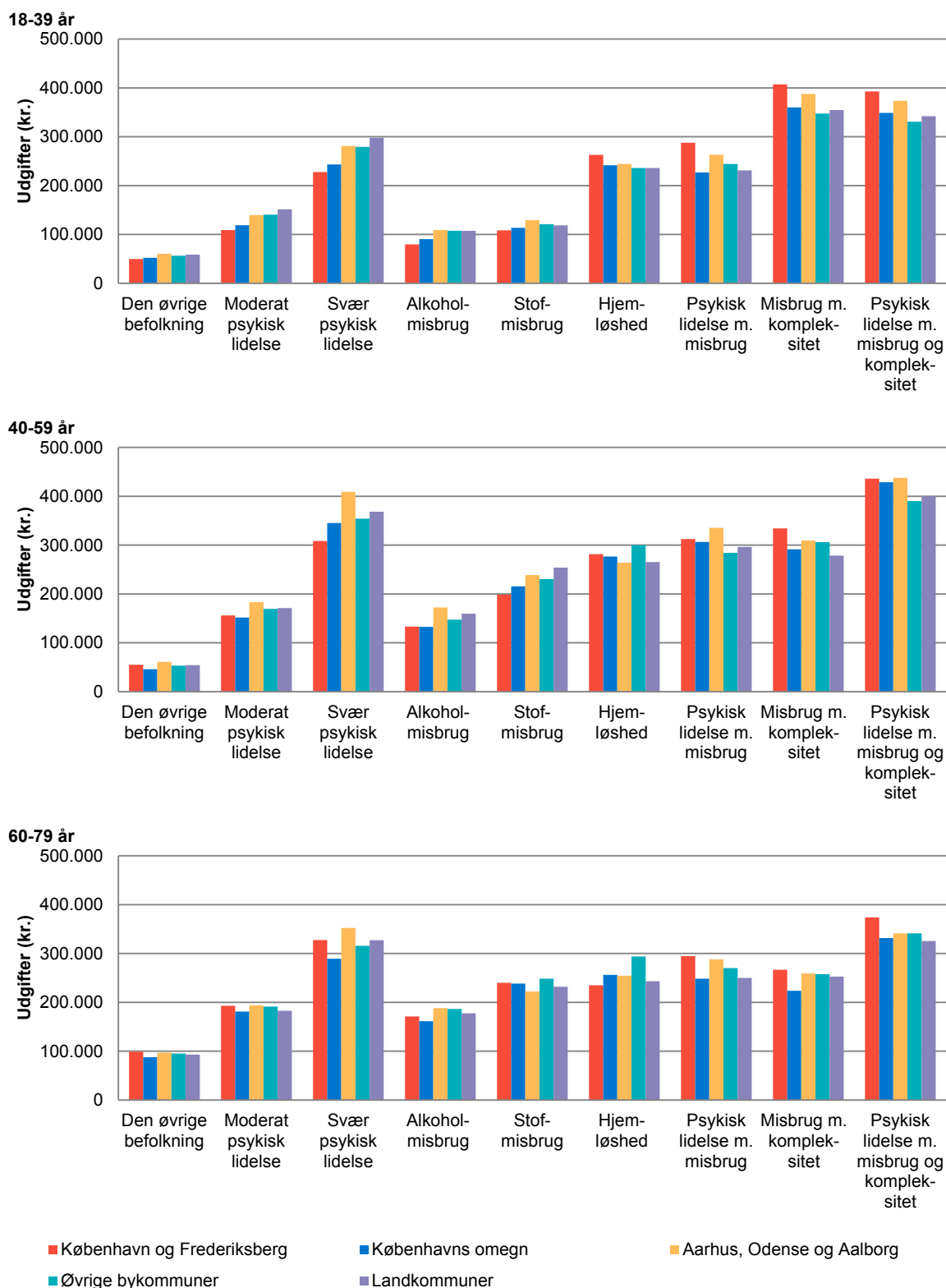
Tabel 8.17 Gennemsnitlige udgifter forbundet med socialt udsatte grupper pr. indbygger. Særskilt for kommunetyper. 2014. Kroner.

	Udgifter pr. indbygger, kr.
København og Frederiksberg	15.909
Københavns omegn	12.192
Aarhus, Odense og Aalborg	14.832
Øvrige bykommuner	15.079
Landkommuner	13.719
I alt	14.162

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

De gennemsnitlige udgifter pr. kommunetype dækker imidlertid over en betydelig indbyrdes variation mellem de enkelte kommuner i hver kategori. Det afspejler, at der både blandt de københavnske omegnskommuner, de øvrige bykommuner og landkommunerne er kommuner med et højt indkomstgrundlag og relativt lav arbejdsløshed og kommuner med et lavt indkomstgrundlag og relativt høj arbejdsløshed.

Figur 8.5 Gennemsnitlige udgifter forbundet med socialt udsatte grupper pr. person før skat. Særskilt for den øvrige befolkning og for hver af de socialt udsatte grupper, for kommunetyper og for aldersgrupper. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I tabel 8.18 viser vi de 10 kommuner med de højeste gennemsnitlige beregnede udgifter (ud fra de landsdækkende enhedspriser) pr. borger i kommunen til indsatser og ydelser til de udsatte grup-

per, mens tabel 8.19 viser de 10 kommuner, der omvendt har de laveste gennemsnitlige beregnede udgifter pr. borger i kommunen til indsatser og ydelser til de udsatte grupper. Udgifterne inkluderer både de udgifter, der afholdes af kommunen, regionen og staten. De gennemsnitlige udgifter pr. kommune er således ikke en opgørelse af de kommunale udgifter alene, men af de samlede offentlige udgifter pr. borger i kommunen. Vi har undladt at vise de kommunale udgifter i den enkelte kommune, da der som nævnt er tale om beregnede udgifter, knyttet til brugen af faktiske ydelser, ud fra de landsdækkende enhedspriser og således ikke de faktiske udgifter i den enkelte kommune.

Af opgørelsen i tabel 8.18 fremgår det, at de kommuner, hvor der er de højeste gennemsnitlige offentlige udgifter pr. indbygger til indsatser til de udsatte grupper, primært er en række yderkommuner samt en enkelt omegnskommune og nogle få større bykommuner. Vi ser således, at kommuner som Odsherred, Vordingborg, Lolland og Guldborgsund er blandt de kommuner med de højeste offentlige udgifter pr. indbygger til indsatser for udsatte borgere i kommunen.

I den anden ende af skalaen, blandt kommunerne med de laveste gennemsnitlige offentlige udgifter pr. indbygger til indsatser for de udsatte borgere, finder vi en række kommuner i Nordsjælland som Allerød, Rudersdal, Hørsholm og Favrskov kommuner samt enkelte små ø-kommuner – nemlig Læsø og Fanø (tabel 8.19).

Det understreger, at de offentlige udgifter til de udsatte grupper langtfra fordeler sig tilfældigt rundt i landet, men i høj grad følger øvrige økonomiske og sociale skillelinjer mellem landsdelene og forskellige områder og i høj grad er koncentreret i områder, der i forvejen er karakteriseret ved et relativt lavt indkomstgrundlag og en relativt høj arbejdsløshed, sammenholdt med resten af landet.

Tabel 8.18 Andelen af socialt udsatte borgere i de 10 kommuner med de højeste beregnede udgifter forbundet med socialt udsatte grupper pr. indbygger (kommunale, regionale og statslige udgifter under ét) samt placering i rangordenen af kommuner efter andel af socialt udsatte. 2014. Procent.

	Andel i de udsatte grupper, pct.	Placering i rangordenen ud af 98 kommuner efter andelen i de udsatte grupper	Udgifter pr. indbygger, kr.
Vordingborg	7,7	16	20.546
Odsherred	7,6	18	19.540
Esbjerg	9,1	1	18.665
Lolland	8,1	11	18.078
Glostrup	8,5	8	17.766
Middelfart	7,3	30	17.750
Haderslev	8,1	12	17.585
Odense	8,4	9	17.145
Fredericia	9,1	2	17.082
Guldborgsund	8,7	5	16.830

Anm.: De samlede udgifter er ekskl. udgifter til hjemmesygepleje og hjemmehjælp, da der mangler oplysninger for mange kommuner på disse områder. De gennemsnitlige udgifter til hjemmesygepleje og hjemmehjælp pr. indbygger forbundet med de udsatte grupper i de kommuner, hvor der er oplysninger, er i alt 386 kr.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 8.19 Andelen af socialt udsatte borgere i de 10 kommuner med de laveste beregnede udgifter forbundet med socialt udsatte grupper pr. indbygger (kommunale, regionale og statslige udgifter under ét) samt placering i rangordenen af kommuner efter andel af socialt udsatte. 2014. Procent.

	Andel i de udsatte grupper, pct.	Placering i rangordenen ud af 98 kommuner efter andelen i de udsatte grupper	Udgifter pr. indbygger, kr.
Allerød	4,2	96	6.318
Læsø	4,1	97	6.742
Solrød	5,2	79	7.267
Egedal	4,5	93	8.084
Rebild	3,9	98	8.094
Greve	5,4	75	8.210
Rudersdal	4,6	92	8.210
Hørsholm	4,5	94	8.777
Fanø	6,6	57	8.987
Gentofte	5,1	83	9.155

Anm.: De samlede udgifter er ekskl. udgifter til hjemmesygepleje og hjemmehjælp, da der mangler oplysninger for mange kommuner på disse områder. De gennemsnitlige udgifter til hjemmesygepleje og hjemmehjælp pr. indbygger forbundet med de udsatte grupper i de kommuner, hvor der er oplysninger, er i alt 386 kr.

Note: Dragør er en af de syv kommuner, hvor der ikke er oplysninger om brugen af ydelser efter serviceloven. Hvis den gennemsnitlige brug af ydelser efter serviceloven i de øvrige kommuner anvendes som approksimation af brugen af ydelser efter serviceloven i Dragør, indgår Dragør som den kommune, der har de fjerde-laveste udgifter pr. indbygger til indsatser for de udsatte grupper.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

8.6 Sammenfatning

I dette kapitel har vi undersøgt geografiske forskelle i udsathedens omfang og i brugen af sociale og behandlingsmæssige indsatser i de udsatte grupper. Kapitlets analyser har vist, at der er betydelige forskelle i udsathedens omfang og profil i forskellige områder af landet. De geografiske mønstre i udsathedens omfang følger i vid udstrækning bredere sociale og økonomiske skillelinjer mellem forskellige områder i landet. Det er i vid udstrækning i en række landkommuner i yderområderne, at vi finder de højeste andele af befolkningen, der tilhører de udsatte grupper. Der har særligt gennem de senere år været en betydelig stigning i andelen af udsatte i de yngre aldersgrupper mellem 18 og 39 år i en række yderkommuner i navnlig Region Sjælland og i dele af Region Syddanmark. Derimod er omfanget af udsathedens lavest i Nordsjælland og dele af Østjylland.

I de midaldrende og ældre aldersgrupper er det imidlertid i hovedstaden (København og Frederiksberg set under ét), at vi finder den højeste andel i de udsatte grupper, ligesom der også er en betydelig andel af udsatte i disse aldersgrupper i Københavns vestlige omegnskommuner. I dette mønster ses formentlig et "historisk aftryk" fra den tid, hvor København var præget af stor arbejdsløshed og sociale problemer, og vi ser således i de midaldrende og ældre aldersgrupper i hovedstaden en forholdsvis høj andel af udsatte med komplekse problemer og ligeledes en højere andel af alkoholmisbrugere, sammenholdt med de øvrige områder i landet.

Kapitlets analyser viser endvidere, at der, set over et livsforløb, har været betydelige bevægelser af udsatte borgere mellem forskellige områder i landet. Disse bevægelser er dog gået både fra by til land og fra land til by, og samtidig adskiller disse bevægelser sig ikke i væsentlig grad fra de tilsvarende mønstre, som vi ser i den øvrige befolkning af ikke-udsatte, hvor der også er en betydelig geografisk mobilitet.

I kapitlets anden del har vi undersøgt, om der er geografiske forskelle i omfanget af brugen af sociale og behandlingsmæssige indsatser i de udsatte grupper. Denne analyse viser tegn på, at der i hovedstaden (København og Frederiksberg set under ét) er en lavere andel i de udsatte grupper, der modtager udvalgte sociale indsatser under serviceloven, end i de øvrige områder i landet, mens der omvendt i flere af grupperne er et højere gennemsnitligt antal indlæggelsesdage på både de somatiske og de psykiatriske afdelinger i hovedstadsområdet. Det er ud fra analyserne ikke muligt at afgøre, om der er en sammenhæng mellem disse tendenser.

9 Familiebaggrund og udsathed

I dette kapitel undersøger vi, hvad der kendetegner de udsatte gruppers sociale baggrund. Analyserne starter med at undersøge familiebaggrunden for personerne i de udsatte grupper. Analyserne inkluderer foruden uddannelsesniveautet blandt forældrene til borgerne i de udsatte grupper også, om forældrene selv har tegn på udsathed i form af psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. Derved giver kapitlet et billede af, hvilke sociale lag personerne i de udsatte grupper kommer fra, og hvordan risikoen for at blive socialt udsat som voksen hænger sammen med familiebaggrunden. Kapitlet viser også, hvilken betydning familiebaggrunden har for brugen af sociale og behandlingsmæssige indsatser i de udsatte grupper og for de økonomiske omkostninger forbundet hermed. Kapitlets analyser af sammenhængen mellem familiebaggrund og social udsathed er i de fleste tilfælde afgrænset til personerne i de yngre aldersgrupper, da det kun er for disse aldersgrupper, at vi har tilstrækkelige oplysninger i registrene om personernes forældre.

I forlængelse af analyserne af familiebaggrundens betydning afdækker vi endvidere, hvor stor en andel af personerne i de udsatte grupper der har været gennem en anbringelse i barndommen, samt hvor mange der har modtaget øvrige foranstaltninger. Vi ser på, i hvilken grad der er forskelle på brugen af indsatser og ydelser inden for de enkelte udsatte grupper, afhængigt af om man tidligere har været anbragt, har modtaget foranstaltninger eller ingen af delene i barndommen.

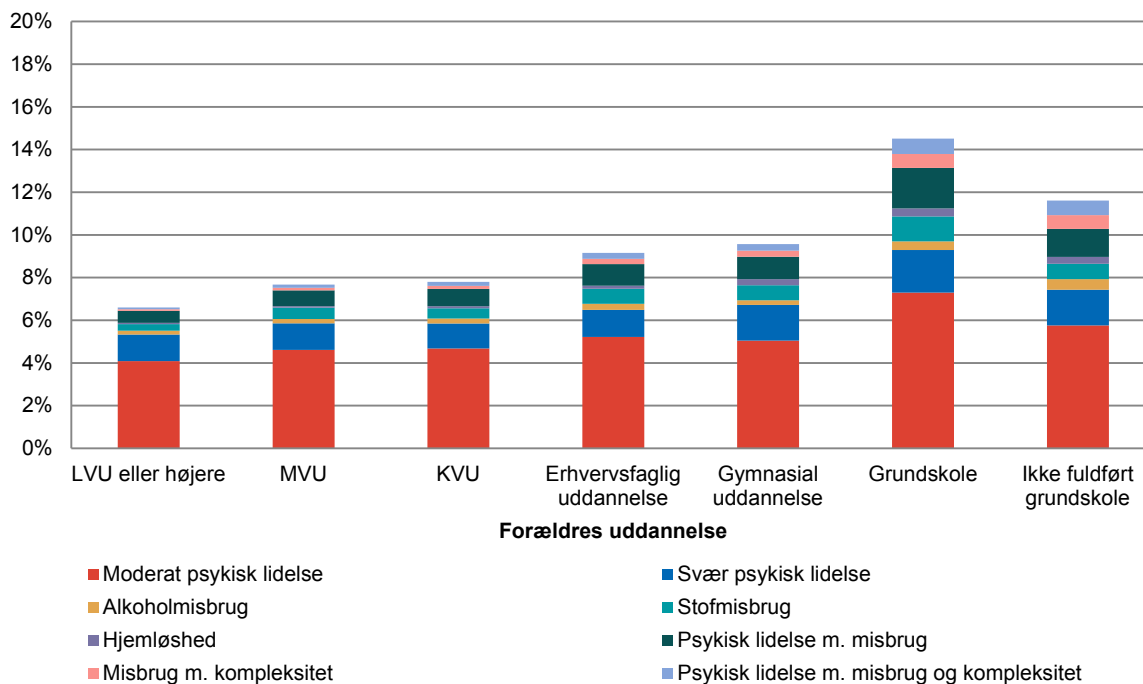
Analyserne i kapitlet tegner et billede af, at selvom der er en højere risiko for at tilhøre de udsatte grupper som voksen for børn af lavtuddannede forældre og børn af forældre, der selv har tegn på udsathed, så kommer personerne i de udsatte grupper fra mange forskellige sociale lag. Eksempelvis er alle uddannelsesgrupperne repræsenteret blandt forældrene til personerne i selv de mest komplekse udsatte grupper. Analyserne viser imidlertid også, at når først en person som voksen tilhører en af de udsatte grupper, har familiebaggrunden kun i begrænset grad betydning for omfanget af brugen af indsatser og ydelser, da forbruget af indsatser og ydelser er forholdsvis højt på tværs af de forskellige baggrundsgrupper. Derimod har det en betydning, om personen tidligere har været anbragt, idet der er en tendens til, at udgifterne til indsatser og ydelser inden for hver af de udsatte grupper er højere blandt de tidligere anbragte end blandt dem, der ikke har været anbragt i barndommen.

9.1 Forældrebaggrunden i de udsatte grupper

I figur 9.1 er vist, hvor stor en andel der tilhører de udsatte grupper, afhængigt af uddannelsesniveautet blandt forældrene, hvor søjlerne repræsenterer det samlede højeste uddannelsesniveau blandt forældrene. Hvis eksempelvis den ene forælder har en kort videregående uddannelse (KVU), og den anden forælder har en lang videregående uddannelse (LVU), er personens risiko for at tilhøre de udsatte grupper opgjort under forældre med en lang videregående uddannelse som højeste uddannelsesniveau. Figuren er afgrænset til de 18-39-årige og deres forældre, hvor der er fyldestgørende oplysninger om uddannelsesniveautet blandt forældrene.

Af figuren fremgår det, hvordan den laveste andel (ca. 6 pct.), der tilhører de udsatte grupper, findes blandt dem, hvis forældre har en lang videregående uddannelse eller højere, mens den højeste andel, der tilhører de udsatte grupper, findes i gruppen, hvis forældre blot har grundskolen som højeste fuldførte uddannelse, hvor det er ca. 14 pct., der tilhører de udsatte grupper. Figuren illustrerer således, at selvom forekomsten af social udsathed er højere blandt personer med lavtuddannede forældre, rammer udsathedens samtidig personer med vidt forskellig familiebaggrund, målt gennem forældrenes uddannelsesniveau.

Figur 9.1 Andelen af personer i alderen 18-39 år i hver af de socialt udsatte grupper. Særskilt for forældrenes højeste fuldførte uddannelsesniveau. 2014. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I tabel 9.1 er det opgjort, hvordan uddannelsesniveaut blandt forældrene fordeles sig inden for hver af de udsatte grupper samt i den øvrige befolkning (de ikke-udsatte). Tabellen er, ligesom figur 9.1, afgrænset til aldersgruppen af 18-39-årige. Tabellen viser, at personer med lavtuddannede forældre er klart overrepræsenteret i de udsatte grupper, sammenholdt med den øvrige befolkning. Det gælder særligt i grupperne med de mest komplekse problemer. Mens 14 pct. af de 18-39-årige i den øvrige befolkning har forældre med grundskolen som højeste fuldførte uddannelse, er den tilsvarende andel på 36-37 pct. i de to udsatte grupper med komplekse problemer (gruppe 7 og 8).

Opgørelsen i tabel 9.1 viser imidlertid også, at der er en betydelig spredning i uddannelsesniveaut blandt forældrene til personerne i de udsatte grupper. Den største uddannelsesgruppe udgøres af de personer, der har forældre med en erhvervsfaglig uddannelse. I hver af de udsatte grupper svarer andelen af forældre med en erhvervsfaglig uddannelse nogenlunde til andelen i den øvrige befolkning på 45 pct. Der er også en del af personerne i de udsatte grupper, der har forældre med videregående uddannelser, det vil sige enten en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse, selvom denne gruppe dog er underrepræsenteret, sammenlignet med den øvrige befolkning.

For grupperne med moderate og svære psykiske lidelser (uden kompleksitet) afviger sammensætningen efter uddannelsesniveaut blandt forældrene til disse personer ikke væsentligt fra sammensætningen i den øvrige befolkning. Eksempelvis har 35 pct. af personerne i gruppen med svære psykiske lidelser forældre med en videregående uddannelse, mens det gælder 39 pct. af forældrene til personerne i den øvrige befolkning. Denne meget lille forskel viser, hvorledes psykiske lidelser rammer bredt ud over det sociale spektrum og således både kan ramme unge fra lavtuddannede og unge fra højtuddannede hjem.

I de udsatte grupper med komplekse problemer er overrepræsenterationen af personer med lavtuddannede forældre større, men stadig er der også en del, der har forældre med videregående ud-

dannelser. Eksempelvis er det 19 pct. i gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), der har forældre med en videregående uddannelse, mens det til sammenligning er 39 pct. i den øvrige befolkning.

Tabel 9.1 Andelen af personer i alderen 18-39 år i hver af de socialt udsatte grupper. Særskilt for forældrenes højeste fuldførte uddannelse. Procent.

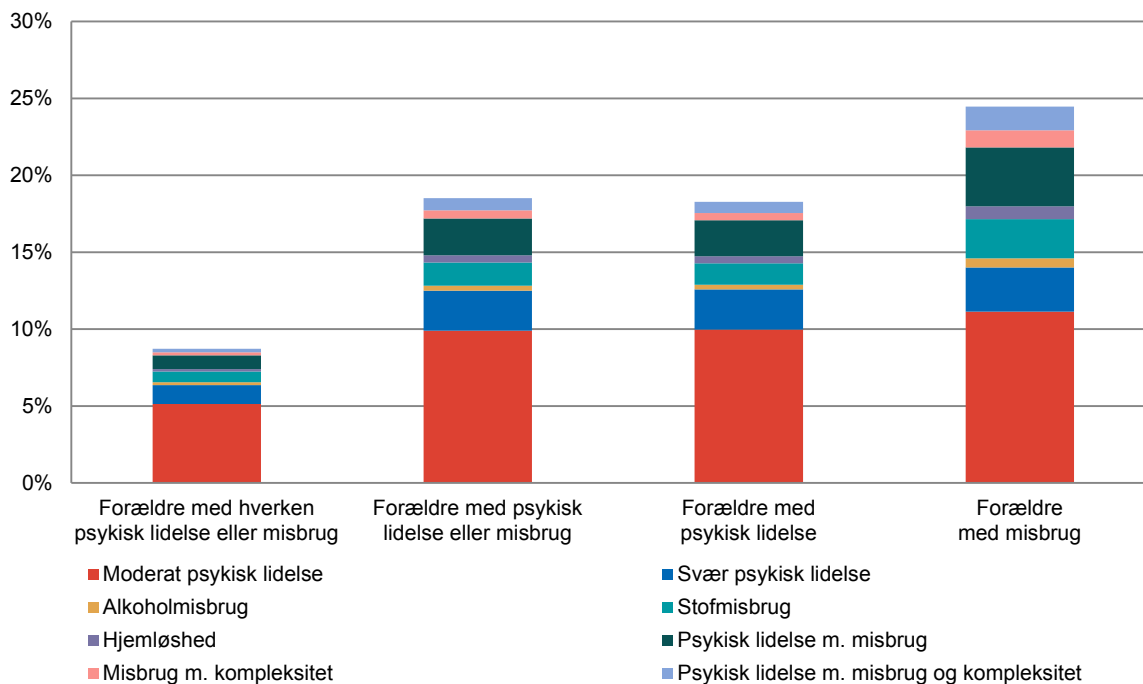
	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkohol-misbrug	4 Stof-misbrug	5 Hjem-løshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
LVU eller højere	10	8	9	6	5	4	6	3	3
MVU	23	20	21	17	18	11	17	10	12
KVU	6	5	5	5	4	4	5	3	4
Erhvervsfaglig uddannelse	45	45	42	47	48	42	46	44	44
Gymnasial uddannelse	2	2	3	2	2	4	2	2	2
Grundskole	9	14	15	15	18	25	19	25	25
Ikke fuldført grundskole	5	5	6	9	5	10	6	12	11
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal personer	1.188.596	67.631	17.732	3.568	8.646	1.956	13.071	3.344	3.782

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

I figur 9.2 har vi også undersøgt, hvordan risikoen for at tilhøre de udsatte grupper hænger sammen med, om forældrene er registreret med hhv. psykiske lidelser eller misbrugsproblemer i registrene, det vil sige, om forældrene selv har tegn på udsathed. Forældrenes udsathed er målt over perioden, hvor børnene var mellem 0 og 18 år. Af hensyn til rækkevidden af registrene bagud i tid for forældrene er analysen her afgrænset til de 18-29-årige og deres forældre. Selv for denne periode skal der dog tages højde for, at nogle af registrene på udsatteområdet er relativt nye og ikke dækker hele perioden.

Det fremgår af figuren, at der er en væsentligt højere risiko for at tilhøre en af de udsatte grupper for dem, hvis forældre har enten en psykisk lidelse eller misbrugsproblemer. Blandt personer, der har mindst én forælder, der er registreret med et misbrug, er det ca. hver fjerde, der i 18-29-årsalderen tilhører en af de udsatte grupper, som vi har defineret ud fra registrene, mens det til sammenligning er knap 9 pct. blandt dem, hvis forældre ikke er registreret med hverken psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. Opgørelsen i figur 9.2 viser dog også, at flertallet af dem, der har forældre med enten psykiske lidelser eller misbrugsproblemer, *ikke* selv tilhører en af de udsatte grupper som unge voksne. Det understreger, at selvom der er tale om en betydelig overhyppighed i risikoen for social udsathed, er der langtfra tale om en "social automatik" i overføringen af sociale problemer fra forældre til børn. Tværtimod er der også mange unge, der ikke selv udvikler psykiske lidelser eller misbrugsproblemer, selvom de fx kommer fra en familie med misbrugsproblemer.

Figur 9.2 Andelen af personer i alderen 18-29 år i hver af de socialt udsatte grupper. Særskilt for, om forældrene har psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. 2014. Procent.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 9.2 viser andelen af forældrene til de 18-29-årige i de udsatte grupper, der er registreret med psykiske lidelser eller misbrugsproblemer.

Tabel 9.2 Andelen af personer i hver af de udsatte grupper, hvor mindst en af forældrene har psykiske lidelser eller misbrugsproblemer. 18-29-årige i 2014. Procent.

	Den øvrige befolkning	1 Moderat psykisk lidelse	2 Svær psykisk lidelse	3 Alkoholmisbrug	4 Stofmisbrug	5 Hjemløshed	6 Psykisk lidelse med misbrug	7 Misbrug med kompleksitet	8 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
Moderat psykisk lidelse	8	16	17	14	16	22	20	19	23
Svær psykisk lidelse	2	3	5	4	3	7	5	5	7
Psykisk lidelse i alt	9	17	18	15	17	23	21	20	24
Alkoholmisbrug	2	5	5	7	7	10	8	10	12
Stofmisbrug	< 1	2	2	3	5	7	5	8	8
Misbrug i alt	2	6	6	8	9	13	10	14	15
Psykisk lidelse eller misbrug i alt	9	18	20	16	20	26	23	24	29
Hverken psykisk lidelse eller misbrug	91	82	80	84	80	74	77	76	71
Antal personer	704.867	43.902	10.703	1.592	6.143	1.442	8.244	1.778	2.253

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Som det ses af tabellen, er der en højere andel, der er registreret med enten psykiske lidelser eller misbrugsproblemer blandt forældrene til personerne i de udsatte grupper, sammenholdt med den øvrige befolkning. Den højeste andel registreret med psykiske lidelser og/eller misbrugsproblemer finder vi blandt forældrene til de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), hvor der for 29 pct. af personerne i gruppen er mindst en af forældrene, der er registreret med

enten en psykisk lidelse eller misbrugsproblemer, sammenholdt med 9 pct. i den øvrige befolkning. Det betyder dog også, at hovedparten af forældrene – også for personerne i de udsatte grupper – ikke er registreret med hverken psykiske lidelser eller misbrugsproblemer i løbet af børnenes opvækst. Her skal der dog tages forbehold for, at der kan være forældre, der har haft psykiske problemer eller misbrugsproblemer før denne periode, ligesom der også for forældrene kan være et mørketal i form af psykiske lidelser og misbrugsproblemer, der er ubehandlede og ikke er blevet diagnosticeret og således ikke fremgår af registrene.

Opgørelserne viser således, at mens der er en højere risiko for at tilhøre de udsatte grupper som voksen for individer med lavtuddannede forældre og individer, hvis forældre har tegn på udsathed, er der samtidig en betydelig del af borgerne i de udsatte grupper, der ikke har lavtuddannede eller udsatte forældre. Det er generelt udtryk for, at psykiske lidelser og misbrugsproblemer, der er centrale risikofaktorer for social udsathed langt fra kun rammer individer, der er vokset op i udsatte familier, men også kan ramme individer, der er vokset op i familier uden alvorlige sociale problemer.

9.2 Udsathed, forældrebaggrund og brug af indsatser

Analyserne i det foregående afsnit viste, at der er en større risiko for at tilhøre de udsatte grupper, hvis man har forældre med psykiske lidelser eller misbrugsproblemer, men analyserne viste også, at personerne i de udsatte grupper kommer fra mange forskellige sociale baggrunde. I dette afsnit undersøger vi, om forældrebaggrunden har en betydning for brugen af sociale indsatser og ydelser, *inden for* hver af de udsatte grupper. Når vi undersøger dette, er det, fordi man kunne antage, at forældrebaggrunden har en betydning i forhold til interaktionen med velfærdssystemets institutioner. Det kan fx være, at personer med mere ressourcestærke forældre har lettere ved at interagere med velfærdssystemet, herunder at forældrene med ressourcer bedre kan bistå og støtte deres børn i brugen af de sociale og behandlingsmæssige tilbud end forældre med få ressourcer. Omvendt kan man dog også forestille sig, at det i familier med få sociale problemer kan være en omvæltning pludselig at forholde sig til, at et barn udvikler en psykisk lidelse eller et misbrugsproblem – at skulle i kontakt med det sociale system – mens der i familier, der allerede har erfaring med det sociale system, kan være en form for erfaring eller kendskab til brugen af det sociale system.

Når vi ser på de faktiske tal for brugen af indsatser og ydelser i de udsatte grupper, afhængigt af forældrebaggrunden, viser det sig først og fremmest, at der ikke er markante eller systematiske forskelle på omfanget af brugen af ydelser inden for grupperne, afhængigt af forældrenes uddannelsesniveau (tabel 9.3). Ser vi fx på gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8), er der 19 pct., der modtager udvalgte ydelser efter serviceloven (bostøtte efter servicelovens § 85 samt midlertidige eller længerevarende botilbud efter servicelovens § 107 eller § 108) blandt dem, hvis forældre har en en MVU/LVU, mens det samme gælder 17 pct. blandt dem, hvis forældre har grundskolen som højeste uddannelse. I de fleste af de øvrige udsatte grupper er der omvendt en lidt højere andel, der modtager en af disse ydelser blandt dem med lavtuddannede forældre. I gruppen af misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7) er der således 4 pct., der modtager en af disse ydelser efter serviceloven i gruppen, hvis forældre har en MVU/LVU, mens det er 6 pct. i gruppen, hvis forældre har grundskolen som højeste uddannelse.

Tabel 9.3 Andelen af personer i alderen 18-39 år i hver af de socialt udsatte grupper, der har brugt udvalgte indsatser samt omfanget af brugen i de enkelte grupper. Særsklit for forældrenes højeste fuldførte uddannelse. 2014. Procent og antal.

Forældres uddannelsesniveau	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkohol-misbrug	Stof-misbrug	Hjem-løshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Udvalgte ydelser efter serviceloven, andel</i>									
MVU, LVU eller højere, pct.	< 1	5	19	2	3	8	19	4	19
KVU eller erhvervsfaglig uddannelse, pct.	< 1	6	21	3	4	11	16	5	17
Gymnasial uddannelse, pct.	< 1	5	18	3	1	4	18	5	17
Grundskole, pct.	2	8	23	4	5	13	18	6	17
Antal personer	1.133.711	64.597	16.910	3.412	8.223	1.894	12.463	3.191	3.633
<i>Lægekontakter i alt, antal</i>									
MVU, LVU eller højere	7,5	14,2	14,0	9,3	7,0	8,2	11,7	7,3	12,7
KVU eller Erhvervsfaglig uddannelse	8,1	14,7	15,6	8,7	8,3	9,3	13,2	8,0	13,3
Gymnasial uddannelse	7,5	13,8	12,7	7,4	7,9	5,6	11,8	6,2	9,6
Grundskole	8,7	14,8	15,5	9,7	8,2	9,9	13,1	8,1	13,4
Antal personer	1.188.596	67.631	17.732	3.568	8.646	1.956	13.071	3.344	3.782
<i>Somatisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
MVU, LVU eller højere	0,2	0,5	0,7	0,6	0,3	0,8	0,6	0,6	1,3
KVU eller Erhvervsfaglig uddannelse	0,3	0,7	0,7	0,6	0,4	0,6	0,7	1,1	1,3
Gymnasial uddannelse	0,3	0,5	0,6	0,2	0,3	0,5	0,5	0,9	1,8
Grundskole	0,4	0,8	0,8	0,7	0,5	0,7	0,9	1,0	1,4
Antal personer	1.188.596	67.631	17.732	3.568	8.646	1.956	13.071	3.344	3.782
<i>Psykiatrisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
MVU, LVU eller højere	< 0,1	1,1	9,1	< 0,1	0,1	3,5	11,5	0,2	16,1
KVU eller Erhvervsfaglig uddannelse	< 0,1	0,8	7,9	< 0,1	0,2	3,9	8,5	0,4	11,4
Gymnasial uddannelse	< 0,1	0,9	6,3	< 0,1	< 0,1	5,2	17,4	2,1	17,6
Grundskole	< 0,1	0,9	7,8	< 0,1	0,4	2,0	10,3	0,7	11,9
Antal personer	1.188.596	67.631	17.732	3.568	8.646	1.956	13.071	3.344	3.782

Note: Når antallet af personer i grupperne er lavere ved opgørelsen af brugen af ydelser under serviceloven, skyldes det, at der er data for 91 kommuner om brugen af disse ydelser, mens der er data for alle personer om antallet af lægekontakter og om omfanget af somatiske og psykiatriske indlæggelser.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Tabel 9.3 viser også, at der ikke er markante forskelle inden for hver af de udsatte grupper på antallet af lægekontakter eller antallet af indlæggelsesdage på de somatiske afdelinger, afhængigt af forældrebaggrunden. Derimod er der en tendens til, at der inden for grupperne med svære psykiske lidelser (gruppe 2) og i grupperne af psykisk syge misbrugere hhv. med og uden komplekse

problemer (gruppe 8 og 6) er et højere antal indlæggelsesdage på de psykiatriske afdelinger blandt dem med højtuddannede forældre end blandt dem med lavtuddannede forældre.

I de tilfælde, hvor flere blandt dem med lavtuddannede end dem med højtuddannede forældre inden for samme udsatte gruppe bruger ydelserne under serviceloven, kan en mulig forklaring være, at tyngden af de sociale problemer er lidt større blandt dem med lavtuddannede forældre. Omvendt kan det højere antal indlæggelsesdage blandt dem med højtuddannede forældre være tegn på, at disse personer har lettere ved at komme i behandling. Det kan dog også være tegn på, at det kan opleves endnu mere krisefyldt at have en psykisk lidelse, hvis man kommer fra en ressourcestærk familie, hvor der kan opleves et stærkere misforhold mellem egen situation og familiens øvrige situation. Det er dog ikke muligt ud fra tallene nærmere at afdække, hvilke mekanismer der ligger bag disse forskelle.

Tabel 9.4 Andelen af personer i alderen 18-29 år i hver af de socialt udsatte grupper, der har brugt udvalgte indsatser samt omfanget af brugen i de enkelte grupper. Særskilt for forældrenes udsathed. 2014. Procent og antal.

Borgernes brug af ydelser, og om forældrene har tegn på udsathed	1 Den øvrige befolkning	2 Moderat psykisk lidelse	3 Svær psykisk lidelse	4 Alkohol- misbrug	5 Stof- misbrug	6 Hjem- løshed	7 Psykisk lidelse med misbrug	8 Misbrug med kompleksitet	9 Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Udvalgte ydelser efter serviceloven, andel</i>									
Forældre med psykisk lidelse eller misbrug, pct.	2	8	23	7	5	10	17	5	15
Forældre med hverken psykisk lidelse eller misbrug, pct.	< 1	6	19	2	3	9	16	5	16
<i>Læger i alt, antal kontakter</i>									
Forældre med psykisk lidelse eller misbrug	7,7	13,3	14,9	8,9	7,8	8,8	12,0	6,8	11,4
Forældre uden psykisk lidelse eller misbrug	7,2	13,2	13,9	8,4	7,3	8,2	11,8	6,5	11,0
<i>Somatisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Forældre med psykisk lidelse eller misbrug	0,3	0,6	0,7	0,6	0,4	0,7	0,7	0,4	0,9
Forældre uden psykisk lidelse eller misbrug	0,2	0,6	0,7	0,4	0,3	0,6	0,7	0,8	0,9
<i>Psykiatrisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Forældre med psykisk lidelse eller misbrug	< 0,1	0,8	7,5	< 0,1	0,1	1,6	10,8	0,3	14,7
Forældre uden psykisk lidelse eller misbrug	< 0,1	0,9	8,2	< 0,1	0,2	2,6	8,6	0,6	13,7

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Vi har også undersøgt, om der er forskel på brugen af indsatser og ydelser inden for de udsatte grupper, afhængigt af, om forældrene har en psykisk lidelse eller misbrugsproblemer, eller de ikke er registreret med sådanne problemer (tabel 9.4). Ligesom tabel 9.2 er også denne opgørelse afgrænset til de 18-29-årige og deres forældre af hensyn til dækningsgraden af registrene tilbage i

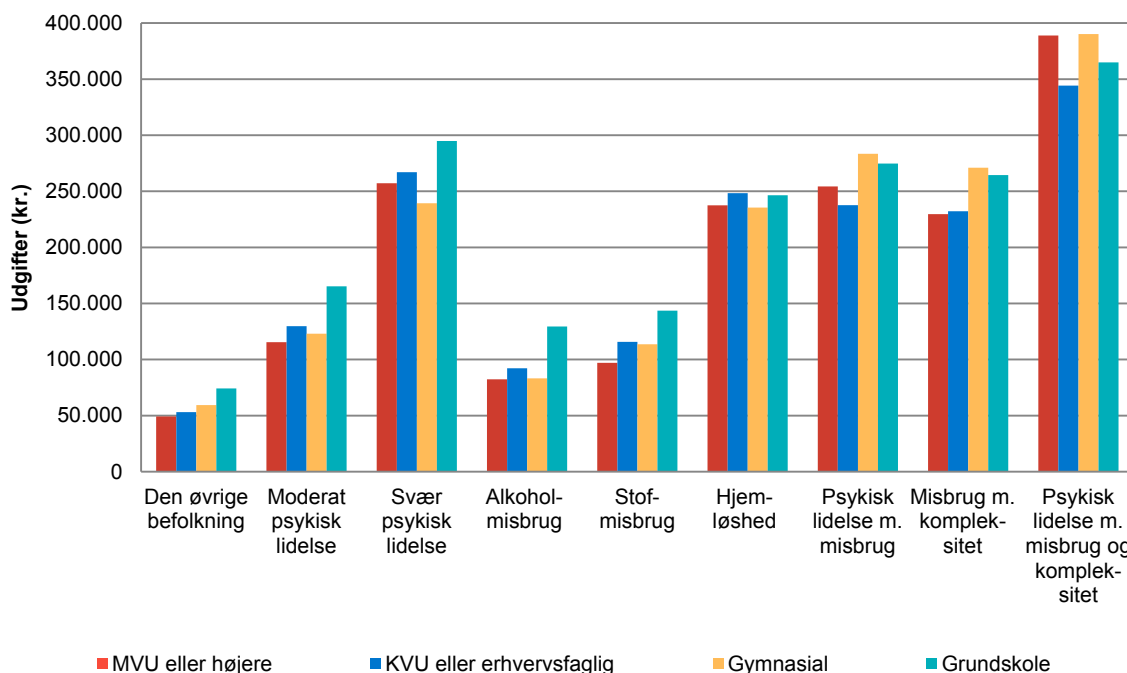
tid for forældrene. Tabel 9.4 viser, at der ikke er nogen markant forskel inden for de enkelte udsatte grupper på brugen af de udvalgte ydelser efter serviceloven, antallet af lægekontakter eller antallet af somatiske og psykiatriske indlæggelsesdage, afhængigt af, om forældrene er registreret med en psykisk lidelse og/eller misbrugsproblemer, eller de ikke er registreret med nogen af disse problemer.

Mens forældrebaggrunden i høj grad påvirker risikoen for selv at blive socialt udsat, indikerer ovenstående analyser, at hvis man først selv har udviklet alvorlige psykiske eller sociale problemer som voksen, har forældrebaggrunden kun en begrænset betydning for omfanget af brugen af de sociale ydelser og behandlingsydelse. Her skal det dog understreges, at disse opgørelser ikke siger noget om de kvalitative forskelle i brugen af velfærdssystemet, der måtte knytte sig til den sociale baggrund, ligesom opgørelserne heller ikke viser, hvor stor en betydning forældrebaggrunden har for chancerne for senere i livet at komme ud af udsathed.

9.3 Udsathed, forældrebaggrund og udgifter til indsatser

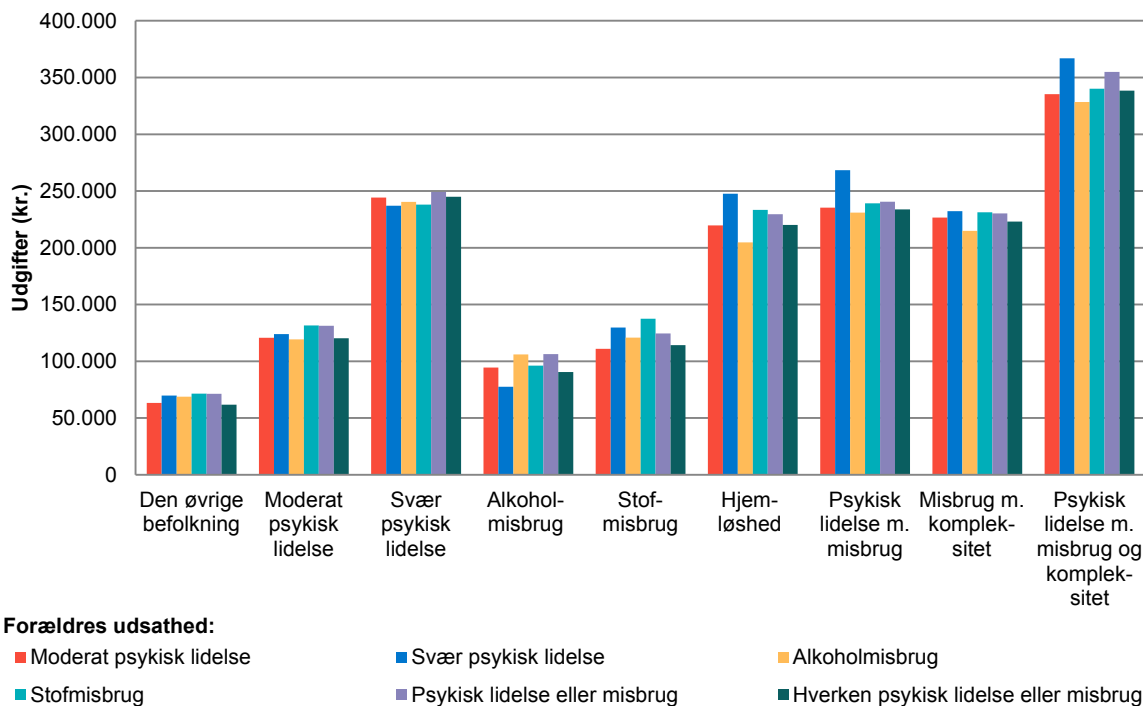
Som de tidligere analyser har vist, er der ikke markante forskelle inden for de enkelte udsatte grupper på omfanget af brugen af de forskellige indsatser og ydelser, afhængigt af forældrebaggrunden. Som følge heraf har forældrebaggrunden også kun en begrænset betydning for omfanget af udgifterne til indsatser og ydelser pr. person i de udsatte grupper. Figur 9.3 og 9.4 viser de gennemsnitlige udgifter pr. person i hver af de udsatte grupper, særskilt for forældrenes uddannelsesniveau (figur 9.3), og om forældrene har en psykisk lidelse eller misbrugsproblemer (figur 9.4). Som det ses af begge figurer, er der ikke nævneværdige forskelle på de gennemsnitlige udgifter pr. person inden for hver gruppe, afhængigt af forældrenes uddannelsesniveau, eller om forældrene selv har tegn på udsathed. Som tidligere nævnt tyder det på, at når personen først selv er blevet socialt udsat som voksen, har familiebaggrunden ikke nogen væsentlig indvirkning på selve omfanget af brugen af ydelserne og således heller ikke på udgifterne forbundet hermed. Det ses således, at udgifterne til indsatser og ydelser er af nogenlunde samme omfang inden for de fleste af de udsatte grupper, uanset forældrenes karakteristika.

Figur 9.3 Samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til de socialt udsatte 18-39-årige i den øvrige befolkning og hver af grupperne af socialt udsatte. Særskilt for forældres højeste fuldførte uddannelse. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Figur 9.4 Samlede udgifter forbundet med indsatser og ydelser til de socialt udsatte 18-29-årige i den øvrige befolkning og hver af grupperne af socialt udsatte. Særskilt for forældres udsathed. 2014. Kroner.



Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

9.4 Tidligere anbringelser i barndommen

I forlængelse af analyserne af familiebaggrundens betydning for risikoen for udsathed og for brugen af indsatser i de udsatte grupper har vi også set på, om personerne i de udsatte grupper har været anbragt som børn, og hvilken sammenhæng der er mellem en tidligere anbringelse og brugen af indsatser.

I tabel 9.5 opgør vi andelen af tidligere anbragte inden for hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning. I tabellen er også opgjort andelen, der har modtaget andre foranstaltninger (uden anbringelse) i barndommen. Tabellen er afgrænset til aldersgruppen mellem 18 og 39 år. Det fremgår af opgørelsen, at der er en stor overhyppighed af tidligere anbragte i de udsatte grupper, sammenholdt med den øvrige befolkning. Særligt i grupperne med komplekse problemer er andelen af tidligere anbragte høj, med 45 pct. blandt de psykisk syge misbrugere med komplekse problemer (gruppe 8) og med 36 pct. i gruppen af øvrige misbrugere med komplekse problemer (gruppe 7). Til sammenligning er det i den øvrige befolkning 4 pct., der tidligere har været anbragt, og som således ikke tilhører nogen af de udsatte grupper som voksen. Det er således en betydelig andel af personerne i de udsatte grupper, der har været kendt i det sociale system allerede siden barndommen.

Selvom der er en høj andel, der tidligere har været anbragt eller har modtaget foranstaltninger, i de udsatte grupper, ses det dog samtidig, at det i alle de udsatte grupper på nær den mest komplekse gruppe (gruppe 8) er flertallet, der hverken har været anbragt eller har modtaget foranstaltninger i barndommen. Det kan fx være tilfælde, hvor en psykisk lidelse bryder ud i ungdomsårene, eller misbrugsproblemer udvikler sig i løbet af ungdommen eller i det tidlige voksenliv.

Tabel 9.5 18-39-årige i den øvrige befolkning og hver af de udsatte grupper, fordelt efter, om de har været anbragt eller har modtaget forebyggende foranstaltninger i barndommen. 2014. Procent.

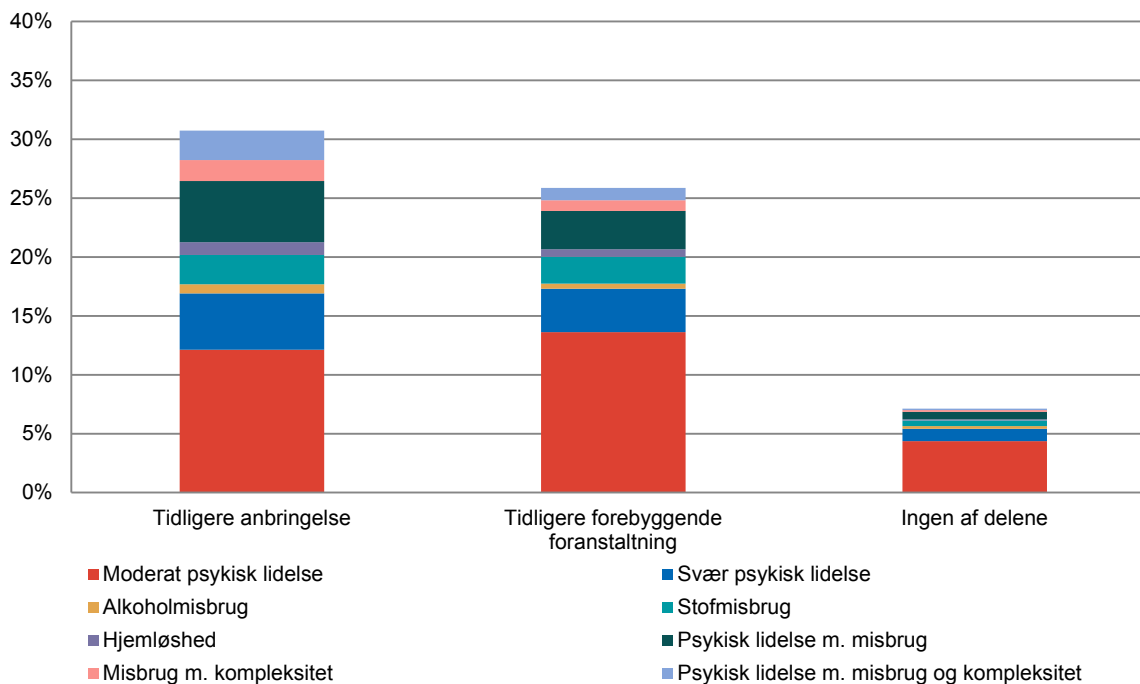
	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkohol-misbrug	Stof-misbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
Tidligere anbringelse	4	12	18	15	20	33	28	36	45
Tidligere forebyggende foranstaltning (uden anbringelse)	3	9	9	5	12	13	11	12	12
Ingen af delene	93	79	72	80	68	54	61	51	42
I alt	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Antal personer	1.283.860	71.747	18.849	3.787	8.917	2.392	13.666	3.578	4.042

Anm.: Gruppen af tidligere anbragte kan også have modtaget forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Ser vi på risikoen for udsathed i forhold til, om man tidligere har været anbragt eller har modtaget forebyggende foranstaltninger, viser figur 9.5, at der er en markant højere risiko for at tilhøre de udsatte grupper som voksen for dem, der tidligere har været anbragt eller har modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. Det er ca. 30 pct. af de tidligere anbragte og ca. 25 pct. af dem, der har modtaget øvrige foranstaltninger (uden anbringelse), der som voksne tilhører en af de udsatte grupper, som vi har defineret ud fra registrene, mens den tilsvarende risiko er 7 pct. for dem, der hverken har været anbragt eller har modtaget forebyggende foranstaltninger i barndommen.

Figur 9.5 Andelen af 18-39-årige, der er socialt udsatte. Særskilt for tidligere anbringelse, forebyggende foranstaltninger eller ingen af delene. 2014. Procent.



Anm.: Gruppen af tidligere anbragte kan også have modtaget forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

9.5 Udsathed, anbringelser og brug af indsatser

I dette afsnit undersøger vi brugen af indsatser og ydelser inden for de udsatte grupper, afhængigt af, om man tidligere har været anbragt eller ej. Tabel 9.6 viser brugen af udvalgte ydelser efter serviceloven (§§ 85, 107 og 108), antal lægekontakter, og antallet af somatiske og psykiatriske indlæggelsesdage for hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning, opdelt inden for hver gruppe efter, om man tidligere har været anbragt, har modtaget øvrige foranstaltninger eller ingen af delene. Der skal her gøres opmærksom på, at efterværn ikke indgår i opgørelsen.

Af tabel 9.6 fremgår det, at der for alle de udsatte grupper, på nær i gruppen med de mest komplekse problemer, er en højere andel, der benytter de udvalgte ydelser efter serviceloven, blandt dem, der har været anbragt, sammenlignet med dem, der hverken har været anbragt eller har modtaget foranstaltninger. Eksempelvis er det i gruppen med svær psykisk lidelse 30 pct. af de tidligere anbragte, der modtager en af de udvalgte ydelser efter serviceloven, mens det er 24 pct. blandt dem, der har modtaget øvrige foranstaltninger, og 18 pct. i gruppen, der hverken har været anbragt eller modtaget foranstaltninger. En tilsvarende forskel finder vi for antallet af indlæggelsesdage i psykiatrien, der også i de fleste af de udsatte grupper er højest i gruppen af tidligere anbragte. Derimod er der ikke nogen væsentlig forskel mellem de anbragte og de ikke-anbragte, hvad angår antallet af lægekontakter og antallet af indlæggelsesdage på de somatiske afdelinger. Når vi finder et lidt højere forbrug af visse ydelser blandt de tidligere anbragte inden for de enkelte udsatte grupper, kan det være udtryk for en forskel i graden af udsathed, hvor dem, der tidligere har været anbragt, formentlig har en lidt sværere grad af udsathed end dem, der ikke har været anbragt.

Tabel 9.6 Andelen af personer i alderen 18-29 år i hver af de socialt udsatte grupper, der har brugt udvalgte indsatser samt omfanget af brugen i de enkelte grupper. Særskilt for anbringelser og forebyggende foranstaltninger i barndommen. 2014. Procent og antal.

Brug af ydelser, og om borgeren har været anbragt eller modtaget foranstaltninger	Den øvrige befolkning	Moderat psykisk lidelse	Svær psykisk lidelse	Alkohol-misbrug	Stof-misbrug	Hjemløshed	Psykisk lidelse med misbrug	Misbrug med kompleksitet	Psykisk lidelse m. misbrug og kompleksitet
<i>Udvalgte ydelser efter serviceloven, andel</i>									
Tidligere anbringelse, pct.	8	14	30	9	7	13	22	7	18
Tidligere forebyggende foranstaltning, pct.	6	12	24	6	5	10	18	4	16
Ingen af delene, pct.	< 1	4	18	1	2	9	15	4	17
<i>Læger i alt, antal kontakter</i>									
Tidligere anbringelse	10,6	14,9	16,6	9,7	8,4	9,8	13,3	7,8	12,0
Tidligere forebyggende foranstaltning	9,7	13,7	15,4	9,2	7,9	8,6	12,9	7,2	12,1
Ingen af delene	7,7	14,6	14,3	8,9	7,8	8,5	12,5	7,9	14,2
<i>Somatisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Tidligere anbringelse	0,5	0,8	1,1	0,7	0,5	0,8	0,9	0,9	1,2
Tidligere forebyggende foranstaltning	0,4	0,7	0,7	0,4	0,4	0,8	0,6	0,5	1,3
Ingen af delene	0,3	0,6	0,6	0,6	0,4	0,5	0,7	1,2	1,5
<i>Psykiatrisk sygehus, antal indlæggelsesdage</i>									
Tidligere anbringelse	-	0,9	10,1	0,1	0,5	2,6	13,7	0,6	16,3
Tidligere forebyggende foranstaltning	-	1,1	8,8	< 0,1	< 0,1	1,1	9,4	0,1	8,1
Ingen af delene	-	0,9	7,8	< 0,1	0,1	4,2	8,8	0,4	11,4

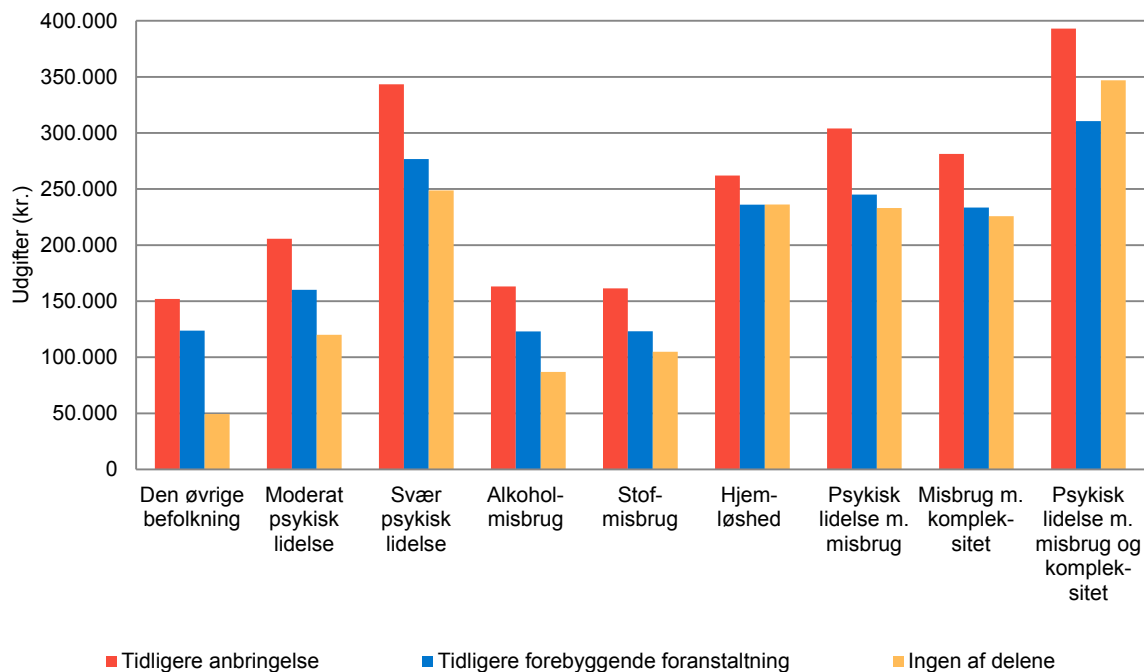
Anm.: Gruppen af tidligere anbragte kan også have modtaget forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

9.6 Udsathed, anbringelser og udgifter til indsatser

Tendensen til et lidt højere forbrug af nogle af de forskellige indsatser blandt de tidligere anbragte i de udsatte grupper slår også igennem på de samlede udgifter til indsatser og ydelser pr. person. I figur 9.6 er opgjort de gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser inden for hver af de udsatte grupper samt for den øvrige befolkning, opdelt på, om personen tidligere har været anbragt, har modtaget øvrige foranstaltninger, eller hverken har været anbragt eller modtaget foranstaltninger. Figuren er afgrænset til de 18-39-årige og illustrerer, hvordan der i alle de udsatte grupper er højere gennemsnitlige udgifter til indsatser blandt de tidligere anbragte end i de øvrige grupper.

Figur 9.6 Gennemsnitlige udgifter pr. person i alderen 18-39 år forbundet med indsatser og ydelser til socialt udsatte i den øvrige befolkning og i hver af de udsatte grupper. Særskilte for anbringelser og forebyggende foranstaltninger i barndommen. 2014. Kroner.



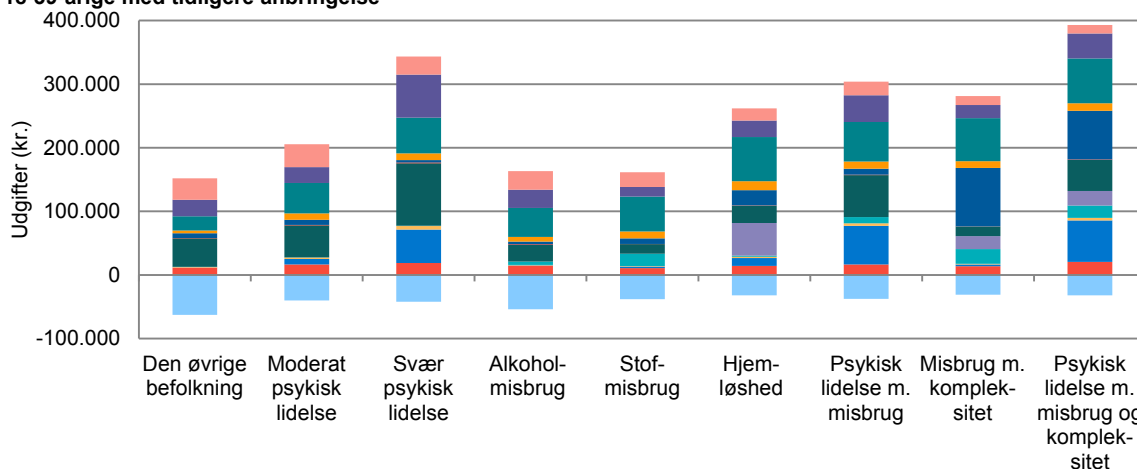
Anm.: Gruppen af tidligere anbragte kan også have modtaget forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

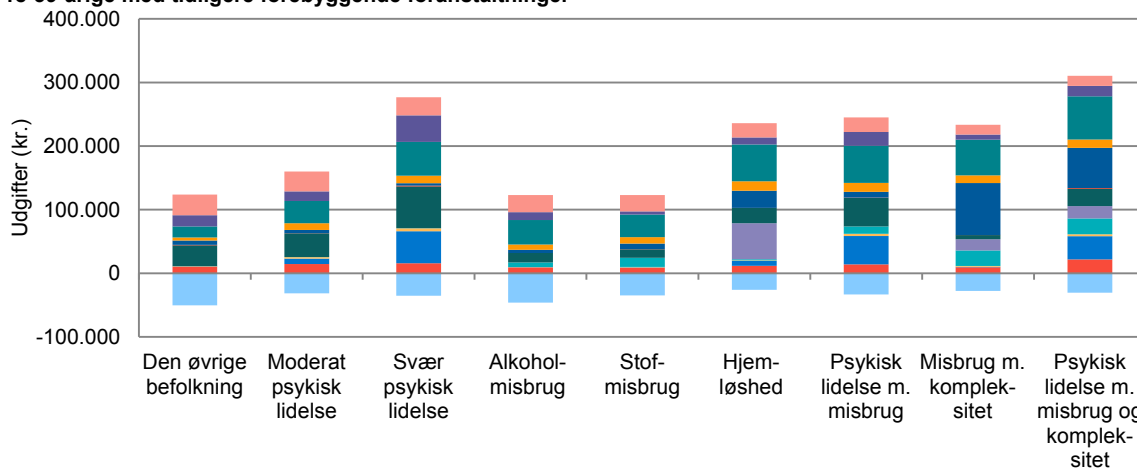
I figur 9.7 er udgifterne pr. person i de udsatte grupper opgjort på indsatsområder og opdelt på dem, der tidligere har været anbragt, dem, der har modtaget forebyggende foranstaltninger (uden anbringelse), og dem, der hverken har været anbragt eller modtaget forebyggende foranstaltninger. Figuren viser, hvorledes de lidt højere udgifter blandt de tidligere anbragte, sammenlignet med de to øvrige grupper, skyldes lidt højere udgifter på de fleste indsatsområder.

Figur 9.7 Udgifter forbundet med specifikke ydelser til 18-39-årige i den øvrige befolkning og i hver af de socialt udsatte grupper. Særsklit for anbringelser og forebyggende foranstaltninger i barndommen. 2014. Kroner.

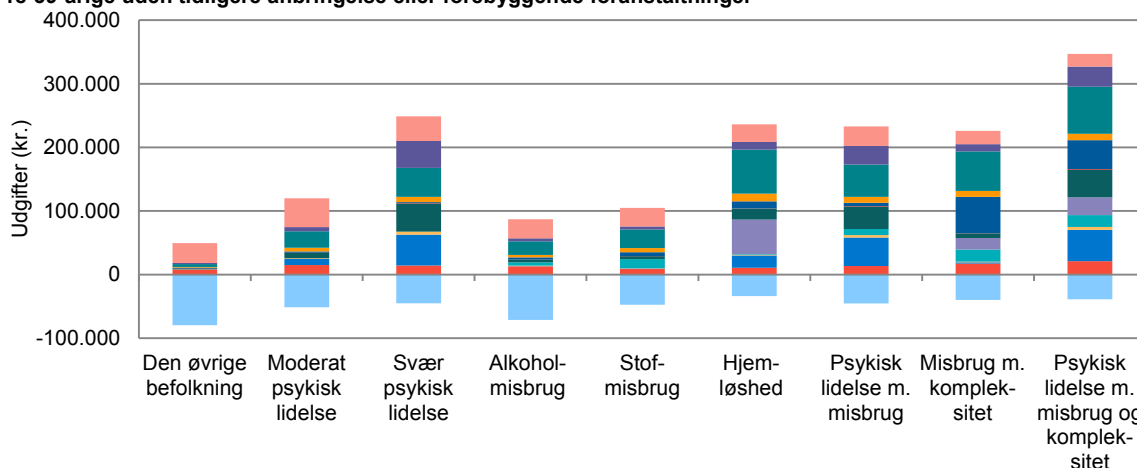
18-39-årige med tidligere anbringelse



18-39-årige med tidligere forebyggende foranstaltninger



18-39-årige uden tidligere anbringelse eller forebyggende foranstaltninger



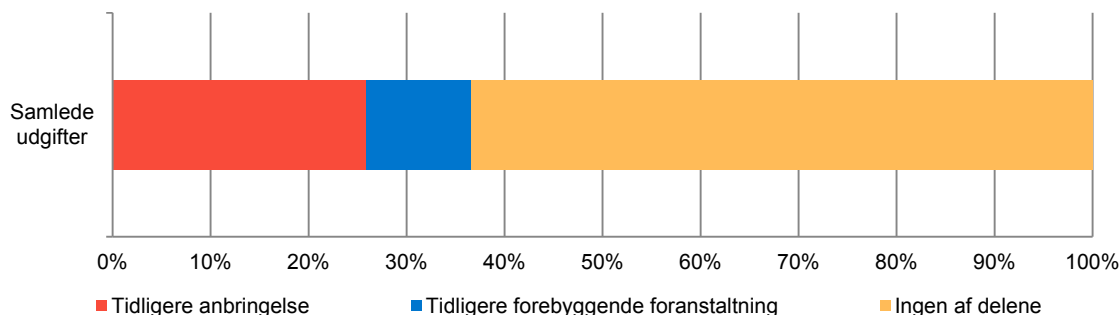
- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ■ Somatisk behandling | ■ Psykiatrisk behandling | ■ Medicintilskud |
| ■ Misbrugsbehandling | ■ Herberg | ■ Øvrige servicelovsydelser |
| ■ Hjemmehjælp og hjemmesygepleje | ■ Fængsel og retssager | ■ Beskæftigelsesindsatser |
| ■ Kontanthjælp | ■ Førtidspension | ■ Anden overførsel |
| ■ Betalt skat | | |

Anm.: Gruppen af tidligere anbragte kan også have modtaget forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

Ser vi på fordelingen af de samlede udgifter til indsatser og ydelser i de udsatte grupper (figur 9.8), er det godt en fjerdedel af udgifterne, der vedrører personer, der tidligere har været anbragt, mens ca. 10 pct. vedrører gruppen, der har modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. Det er dog hovedparten af udgifterne (63 pct.), der vedrører personer i de udsatte grupper, der ikke tidligere har været anbragt eller modtaget foranstaltninger. Det afspejler, at det særligt i grupperne med mindst kompleksitet er hovedparten af personerne, der tilhører gruppen af ikke-anbragte.

Figur 9.8 Samlede udgifter forbundet med ydelser til 18-39-årige i de socialt udsatte grupper, fordelt efter anbringelse eller forebyggende foranstaltning i barndommen. 2014. Procent.



Anm.: Gruppen af tidligere anbragte kan også have modtaget forebyggende foranstaltninger.

Kilde: Data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen, egne beregninger.

9.7 Sammenfatning

I dette kapitel har vi undersøgt sammenhængen mellem udsathed og familiebaggrund i aldersgruppen mellem 18 og 39 år, hvor vi har registeroplysninger om forældrene. Analysen har vist, at der er en højere risiko for at tilhøre de udsatte grupper som voksen blandt dem med lavtuddannede forældre. Den største uddannelsesgruppe blandt forældrene til personerne i de udsatte grupper er dem, hvis forældre har en erhvervsfaglig uddannelse, der også i den øvrige befolkning (de ikke-udsatte) udgør den største uddannelsesgruppe blandt forældrene. Endvidere er der også en del af personerne i de udsatte grupper, der har forældre med en videregående uddannelse. Analyserne viser desuden, at der er en markant større risiko for at tilhøre de udsatte grupper, hvis mindst en af forældrene har haft en psykisk lidelse eller et misbrugsproblem, men samtidig er hovedparten af forældrene til personerne i de udsatte grupper dog ikke registreret med hverken psykiske lidelser eller misbrugsproblemer i registrene.

Når først en person som voksen tilhører en af de udsatte grupper, er der ikke markante forskelle på omfanget af brugen af indsatser og ydelser, afhængigt af forældrebaggrunden. Det gælder både i forhold til forældrenes uddannelsesniveau og i forhold til, om forældrene er registreret med en psykisk lidelse eller misbrugsproblemer.

Kapitlet har også belyst, hvor stor en andel i de udsatte grupper der har været anbragt eller har modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. Der er en markant højere risiko for at tilhøre de udsatte grupper blandt dem, der har været anbragt eller har modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. På nær gruppen af psykisk syge misbrugere med komplekse problemer er det dog flertallet af personerne i de udsatte grupper, der hverken har været anbragt eller modtaget øvrige foranstaltninger i barndommen. Analyserne af brugen af ydelser viser, at der er en tendens til et højere forbrug af visse ydelser – nemlig udvalgte ydelser efter serviceloven og psykiatriske indlæggelser – blandt dem i de udsatte grupper, der tidligere har været anbragt, sammenlignet med

dem, der hverken har været anbragt eller modtaget foranstaltninger, og at der som følge heraf også kan påvises højere gennemsnitlige udgifter til indsatser og ydelser i gruppen af tidligere anbragte. Det kan være udtryk for, at graden af udsathed inden for de udsatte grupper er lidt højere blandt de tidligere anbragte end blandt dem, der ikke har været anbragt.

Litteratur

- Amilon, A., J.F. Birkelund, G. Christensen, A.G. Jeppesen & K. Markwardt (2016): *Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 16:34.
- Amilon, A., J.F. Birkelund, A.B. Bojesen, I. K. Nielsen & M.S. Møller (2017): *Evaluering af "Afprøvning af ACT-metoden over for borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug"*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og Rambøll.
- Andersen, D., M.B. Holtet, L. Weisbjerg & L.L. Eriksen (2016): *Alkoholbehandling til socialt udsatte borgere. Systemets tilbud i borgerperspektiv*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 16:02.
- Becker, U. & S. Barfod (2009): *Alkoholbehandling i kommunerne*. Lægeforeningen.
- Beijer U. & S. Andréasson (2009): "Physical Diseases among Homeless People: Gender Differences and Comparisons with the general Population". *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, s. 93-100.
- Beijer U., D. Bruce & B. Burström (2016): "Changes over Time in the Risk of Hospitalization for Physical Diseases among Homeless Men and Women in Stockholm: A Comparison of two Cohorts". *Scandinavian Journal of Public Health*, 44, s. 784-790.
- Benjaminsen, L. (2013): "Rehousing Homeless People with Assertive Community Treatment. Experiences from an ACT-Programme in Copenhagen". København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, working paper 13:07.
- Benjaminsen, L. (2017): *Hjemløshed i Danmark, 2017. National kortlægning*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L. & M.H. Enemark (2017): *Veje ind og ud af hjemløshed. En undersøgelse af hjemløshedens forløb og dynamik*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Benjaminsen, L., D. Andersen & M. Sørensen (2009): *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 09:19.
- Benjaminsen, L. S.B. Andrade & M.H. Enemark (2017): *Fællesskabsmålingen. En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 17:19.
- Benjaminsen, L., J.F. Birkelund & M.H. Enemark (2013): *Hjemløse borgeres sygelighed og brug af sundhedsydelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 13:33.
- Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese (2015): *Livet på hjemløseboformer. Brugerundersøgelse på § 110-boformer*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 15:02.
- Benjaminsen, L., M.H. Enemark & J.F. Birkelund (2016): *Fattigdom og afsavn. Om materielle og sociale afsavn blandt økonomisk fattige og ikke-fattige*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 16:05.

- Benjaminsen, L., S.B. Andrade, D. Andersen, M.H. Enemark & J.F. Birkelund (2015): *Familiebaggrund og social marginalisering*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 15:41.
- Benjaminsen L., T.M. Dyrby, M.H. Enemark, M.T. Thomsen, H.S. Dalum & U.L. Vinther (2017): *Housing First i Danmark. Evaluering af Implementerings- og forankringsprojektet i 24 kommuner*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd & Rambøll, rapport 17:03.
- Bradshaw, J., P. Kemp, S. Baldwin & A. Rowe (2004): *The drivers of social exclusion: A review of the literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle series*. London: SEU/ODPM.
- Buch, M.S. & A. Petersen (2017): *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner. Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Region Hovedstadens Psykiatri og Københavns Kommune*. København: KORA.
- Burns T., J. Catty, T. Becker, R.E. Drake, A. Fioritti, M. Knapp, C. Lauber, W. Rössler, T. Tomov, J. van Busschbach, S. White & D. Wiersma (2007): "The Effectiveness of Supported Employment for People with Severe Mental Illness: A Randomised Controlled Trial". *Lancet*, 370, s. 1146-52.
- CEBR (2015): *Udenforskabets pris*. København: CBS – Centre for Economic and Business Research.
- Coldwell, C.M. & W.S. Bender (2007): "The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis". *American Journal of Psychiatry*, 164(3), s. 393-399.
- Danmarks Statistik (2015): *Store forskelle i ledigheden – især i Storkøbenhavn*. Nyt fra Danmarks Statistik, 2015, Nr. 302.
- Danmarks Statistik (2017): *Lav A-indkomst i ø-kommunerne*. Nyt fra Danmarks Statistik, 2017, Nr. 186.
- Deloitte & Socialstyrelsen (2015): *Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug – Evalueringsrapport*.
- Det Økonomiske Råds Formandskab (2017): *Dansk økonomi. Efterår 2017*. København: DØRF.
- Dyrvig, T., L. Mehlsen, A.A. Kjær & A. Amilon (2017): *Exit Prostitution. Evaluering af CTI-forløb for borgere med prostitutionserfaring*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 17:13.
- Fitzpatrick, S. (2005): "Explaining Homelessness. A Critical Realist Perspective". *Housing, Theory and Society*, 22(1), s. 1-17.
- Jacobsen, R.H., J. N. Arendt, M. Verner, M.S. Kollin, C. Halling & K. Kolstrup (2018): *Socialøkonomisk investeringsmodel (SØM). Dokumentation*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Juel, K., M. Davidsen, P.V. Pedersen & T. Curtis (2010): *Socialt udsattes brug af sundhedsvæsenet*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Juul, S. (2017): *Selvets kultur*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Karper, L., M. Kaufmann, G. Millspaugh, E. Vega, G. Stern, J. Ezrow, S. Giansante & M. Lynch (2008): "Coordination of Care for Homeless Individuals with Comorbid Severe Mental Disorders and Substance-Related Disorders". *Journal of Dual Diagnosis*, 4(2), s. 142-157.
- Katznelson, N., H.E.D. Jørgensen & N.U. Sørensen (2015): *Hvem er de unge på kanten af det danske samfund? Om hverdagsliv, ungdomskultur og indsatser, der gør en positiv forskel*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Kinoshita Y., T.A. Furukawa, I.M. Omori, N. Watanabe, M. Marshall, G.R. Bond, P. Huxley & D. Kingdon (2013): "Supported Employment for Adults with Severe Mental Illness". *Cochrane Database Systematic Review*.
- Kohl, K.S., M.L. Kessing, L. Fynbo, D. Andersen, A. Schmidt, M.N. Jensen & M.C. Munkholm (2016): *Stofmisbrugsområdet i et brugerperspektiv*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, rapport 16:32.
- Larsen, J.E. (2009): "Forståelser af begrebet social udsathed." I: P. Brandt, B.L. Henriksen, K.B. Jensen & N.C. Rasmussen (red.): *Udsat for forståelse – en antologi om socialt udsatte*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Larsen, J.E. & N. Mortensen (2009): *Udenfor eller indenfor: sociale marginaliseringsprocessers mangfoldighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Levitas, R. (2006): "The Concept and Measurement of Social Exclusion". I: *Poverty and Social Exclusion in Britain. The Millennium Survey*, Policy Press, Bristol, s. 123-160.
- Levitas, R., C. Pantazis, E. Fahmy, D. Gordon, E. Lloyd & D. Patsios (2007): *The Multi-dimensional Analysis of Social Exclusion*. Project Report. Bristol: University of Bristol.
- Mik-Meyer, N. (2018): *Fagprofessionelles møde med udsatte klienter. Dilemmaer i den organisatoriske praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Müller, M., M.A. Hussain, J.E. Larsen, H. Hansen, F.K. Hansen & M. Ejrnæs (2015): *Fattigdom, afsavn og coping*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, S.F., C.R. Hjorthøj, A. Erlangsen & M. Nordentoft (2011): "Psychiatric Disorders and Mortality among People in Homeless Shelters in Denmark: A Nationwide Register-Based Cohort Study". *Lancet*, 377, s. 2205-2214.
- Pedersen P.V., M. Holst, M. Davidsen & K. Juel (2012): *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Pedersen P.V., A.I. Christensen, U. Hesse & T. Curtis (2008): *SUSY UDSAT. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte.
- Rambøll & SFI (2013): *Hjemløsestrategien. Afsluttende rapport*. København: Rambøll & SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Rinaldi M., R. Perkins, E. Glynn, T. Montibeller, M. Clenaghan & J. Rutherford (2008): "Individual Placement and Support: From Research to Practice". *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, s. 50-60.
- Scott, K.M., C. Lim, A. Al-Hamzawi, J. Alonso, R. Bruffaerts, J.M. Caldas de Ameidá, S. Florescu, G. de Girolamo, C. Hu, P. de Jonge, N. Kawakami, M.E. Medina-Mora, J. Moskalewicz, F. Navarro-

Mateu, S. O'Neill, M. Piazza, J. Posada-Villa, Y. Torres & R.C. Kessler (2016): "Association of Mental Disorders with subsequent Chronic Physical Conditions. World Mental Health Surveys from 17 Countries". *JAMA Psychiatry* 73(2), s. 150-158.

Social- og Indenrigsministeriet (2016): *Socialpolitisk redegørelse 2016*. København: Social- og Indenrigsministeriet.

Socialt Udviklingscenter SUS (2011): *Vidensbase - Indsatsen for mennesker med sindslidelse og misbrug*. København: SUS.

Wagle, U. (2008): *Multidimensional poverty measurement. Concepts and applications*. New York: Springer.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD