

SOCIALE TILBUD TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSER

DEN FØRSTE KORTLÆGNING PÅ PERSONNIVEAU



13:32

STEEN BENGTTSSON
HELENE ELISABETH DAM JØRGENSEN
SIGRID TRIER GRØNFELDT

13:32

SOCIALE TILBUD
TIL MENNESKER
MED SINDSLIDELSE

DEN FØRSTE KORTLÆGNING PÅ PERSONNIVEAU

STEEN BENGTSOON
HELENE ELISABETH DAM JØRGENSEN
SIGRID TRIER GRØNFELDT

KØBENHAVN 2013
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

SOCIALE TILBUD TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSE.
DEN FØRSTE KORTLÆGNING PÅ PERSONNIVEAU.

Afdelingsleder: Kræn Blume Jensen
Afdelingen for socialpolitik og velfærdsydelser

Undersøgelsens følgegruppe:
Pernille Skafte, Social-, Børne- og Integrationsministeriet
Sanna Dragsholm, Socialstyrelsen
Tina Levysohn, Kommunernes Landsforening

ISSN: 1396-1810
ISBN: 978-87-7119-201-8
e-ISBN: 978-87-7119-202-5

Layout: Hedda Bank
Forsidefoto: Hedda Bank
Oplag: 300
Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Hertuf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's
publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	HOVEDRESULTATER	13
	En særlig gruppe borgere	15
	Vækst i brugen af sociale ydelser	17
	Stor forskel på kommunernes praksis	19
	Ringe viden om feltet	21
2	BAGGRUND OG FORMÅL	25
	Formål	25
	Baggrund	26
	Ydelser og regelsæt	27
	Tidligere forskning	31
	Statistik om den sociale indsats	32

	Opsummering	41
3	METODE OG DATAGRUNDLAG	43
	Undersøgelsens datamateriale	43
	Datagrundlag og datakvalitet	44
	Repræsentativitet	50
	Metodiske overvejelser om datakvaliteten	52
	Opsummering	54
4	PERSONPROFILER	57
	Diagnosegrupperne	57
	Fordelinger af personer med sindslidelser	58
	Diagnoser og ydelser	61
	Kategorierne	63
	Personprofiler for de seks kategorier	65
	Opsummering	74
5	UDVIKLINGEN 2007-2011	75
	Udviklingen 2007-2011 på landsplan	75
	Ydelser efter urbanitet	80
	Opsummering	86
6	YDELSER EFTER INTENSITET	89
	Ydelseskategorier for hele landet	90
	Kommunale fordelinger af ydelseskategorier	92
	Ydelseskategorier efter urbanitet	96
	Opsummering	102
7	KOMMUNENS POLITIK	105
	Landsniveauer for udslusning	107

Opholdstid i botilbud	112
Udslusning efter urbanitet	113
Diagnoser og udslusning	116
Opsummering	118

LITTERATUR	121
-------------------	------------

SFI-RAPPORTER SIDEN 2012	125
---------------------------------	------------

FORORD

Denne rapport er den første undersøgelse, der baserer sig på individdata om personer, der benytter de særlige sociale tilbud til mennesker med sindslidelse efter servicelovens §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 eller almenboliglovens § 105 – de tilbud som hidtil er kaldt ”socialpsykiatri”, men som nu skal betegnes ”psykosocial indsats” eller ”sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder”. Undersøgelsen er baseret på oplysninger fra KMD samt en række kommuner.

Disse ordninger koster omkring 12 mia. kr. årligt, men vi ved næsten intet om de mennesker der benytter dem. Gennem de seneste årtier er der kommet stadig større opmærksomhed på, at den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse i sig selv har betydning for, hvordan sindslidelsen udvikler sig. Kommunerne benytter disse tilbud i forskelligt omfang og på forskellig måde, men vi har hidtil manglet analyser af, hvad der kommer ud af det. Undersøgelsen tager et første skridt i en sådan analyse.

Undersøgelsen er gennemført af de videnskabelige assistenter Helene Elisabeth Dam Jørgensen og Jacob Brauner samt stud.scient.soc. Sigrød Trier Grønfeldt, og projektet har været ledet af seniorforsker Steen Bengtsson. Stud.scient.soc. Tinne Steffensen har medvirket i analysen og stud.soc. Maj Bjerre har hjulpet med dataindsamlingen. Rapporten har desuden været læst i udkast og kommenteret af en følgegruppe samt af

forsker Jane Greve, Rockwool Fondens Forskningsenhed, som vi takker for værdifulde kommentarer og ideer.

Undersøgelsen er bestilt af Social-, Børne- og Integrationsministeriet i forbindelse med regeringens psykiatriudvalgs arbejde. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har det fulde ansvar for databehandlingen og analyserne, som denne rapport er baseret på.

København, november 2013

AGI CSONKA

RESUMÉ

Formålet med denne undersøgelse er at give et første billede af gruppen af personer med sindslidelse, som anvender kommunens sociale indsatser med bl.a. denne målgruppe. Der findes kun meget lidt forskning om denne gruppe, og den statistiske beskrivelse, der foreligger af gruppen, er også kun skitsemæssig. Det har desuden været et formål med undersøgelsen at give en beskrivelse på individniveau af kommunernes indsats i forhold til denne gruppe samt en beskrivelse af den udvikling i kommunernes indsats, som har fundet sted siden kommunalreformen.

Et sidste formål har været at tilvejebringe et datamateriale, som vi senere kan koble sammen med de persondata på området, Danmarks Statistik indsamler fra og med 2013. På den måde kan vi få udbytte af de persondata, Danmarks Statistik samler ind i de kommende år, mange år tidligere end det ellers var muligt.

RESULTATER

Rapporten finder, at den helt overordnede tendens gennem den undersøgte periode er en vækst i antallet af personer med sindslidelse, der modtager social støtte. Det gælder, når det drejer sig om mere eller mindre indgribende indsatser. Hvis der er en opbremsning på vej, har den ikke vist sig endnu i 2011-tallene.

Denne rapport afgrænser sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder lidt anderledes end Danmarks Statistik gør. Kommunerne visiterer borgere til servicelovens §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 og almenboliglovens § 105 på baggrund af sindslidelse eller på anden baggrund. Vores data indeholder ikke oplysning om, hvad kommunen har lagt til grund for sin visitation. Vi har derfor i stedet set på de modtagere af de nævnte ydelser, som er registreret for behandling af psykisk lidelse i det sekundære sundhedssystem. Vi har dermed anvendt samme kriterium over hele landet i stedet for skøn, der kan variere fra kommune til kommune.

Undersøgelsen viser, at mennesker med psykiske lidelser, der modtager sociale indsatser med bl.a. denne målgruppe, på mange punkter har karakteristika, som er typiske for grupper, der er socialt ringe stillet. Der er en større andel mænd, de er mindre uddannet, de er oftere enlige, og de har sjældnere børn. I alle disse henseender ligner de gruppen af mennesker med svær sindslidelse, som den tegnes af andre undersøgelser. I forhold til mennesker, der har været indlagt eller ambulantly behandlet for sindslidelser, har de oftere de mere alvorlige diagnoser.

Desuden viser undersøgelsen, at der er meget store forskelle på, hvor mange borgere med sindslidelse de enkelte kommuner tilbyder sociale ydelser til. Det har ikke været let at finde systematik i denne store variation. Der er dog det gennemgående billede, at de tyndt befolkede egne yder disse tilbud til flere mennesker end de tættere befolkede områder. Færrest tilbud i forhold til befolkningens størrelse finder vi i storbykommuner. Der er imidlertid ikke nogen tilsvarende forskel i forekomsten af psykiske lidelser efter befolkningstæthed.

Undersøgelsen ser endvidere på, hvordan kommunen har forvaltet området siden kommunalreformen. Også på dette felt finder vi store forskelle på, både hvor mange mennesker kommunen udsluser fra botilbud og andre sociale tilbud, og hvordan disse udslusningsprocenter udvikler sig gennem perioden. Også her er det vanskeligt at finde faktorer, der forklarer disse forskelle. De kan derfor meget vel være udtryk for et forskelligt valg af praksis fra kommunernes side.

PESPEKTIVER

Undersøgelsen belyser et område af indsatsen over for mennesker med psykiske lidelser, som i disse år tiltrækker sig større og større opmærksomhed. Mens psykiatrien i 1900-tallet mest forbedrede sin indsats over

for sindslidelser ved hjælp af medicin, er der gennem de seneste årtier kommet stadig større opmærksomhed på, at den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse i sig selv har betydning for, hvordan sindslidelsen udvikler sig. Integration af social indsats og behandling af sindslidelse er i mange tilfælde helt afgørende for at opnå et godt resultat (Bengtsson & Gregersen, 2013).

Mens regionernes indsats har været beskrevet meget omfattende af Det Psykiatriske Centralregister og Lægemiddelregisteret, har vi ikke hidtil haft nogen tilsvarende beskrivelse af kommunernes indsats over for mennesker med sindslidelse i sin helhed. Rapportens datamateriale repræsenterer den første mulighed for at få en bredere, registerbaseret viden om denne gruppe og om kommunernes indsats i forhold til den.

Udbygningen af psykiatrien har taget sin begyndelse kort før århundredeskiftet og er langt fra færdig endnu, enten man taler om den behandlingsmæssige eller den sociale indsats. Nu tyder meget på, at udbygningen kommer til at foregå i en tid, der er præget af historisk lav vækst i den offentlige sektor. Derfor er der interesse for ny viden om modtagere af sociale ydelser til personer, som har fået behov for disse som følge af sindslidelse, om udviklingen i ydelser til mennesker med sindslidelse og om effekten af de ydelser, disse mennesker modtager.

GRUNDLAG

Datagrundlaget for undersøgelsen består af følgende:

- Data fra økonomisystemet KMD Børn og Voksne om personer, der modtager ydelser efter servicelovens §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 eller almenboliglovens § 105 for årene 2007, 2008, 2009, 2010 og 2011. SFI har i disse tilfælde indhentet tilladelse fra den enkelte kommune til at få oplysningerne.
- Data fra en række kommuner om personer, der modtager ydelser efter servicelovens §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 eller almenboliglovens § 105 for årene 2007, 2008, 2009, 2010 og 2011. Disse data er indhentet dels for kommuner, som ikke benytter KMD Børn og Voksne, dels i en række tilfælde til at supplere oplysninger fra kommuner, som gør det, hvor disse har manglet.
- Registerdata for samtlige personer, der er nævnt i de ovenfor nævnte materialer, fra Danmarks Statistik og Sundhedsstyrelsens registre.

HOVEDRESULTATER

Denne undersøgelse repræsenterer starten på en systematisk registeroversigt over den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse. De forskellige former for støtte, dagtilbud og døgntilbud koster omkring 12 mia. kr. årligt, og ikke alene ved vi ikke meget om deres virkning og hensigtsmæssighed, vi har knap nok en beskrivelse af, hvordan disse ordninger benyttes af mennesker med sindslidelse. Først fra i år, for året 2013, indsamler Danmarks Statistik data på personniveau med henblik på forskning og analyse. Denne rapport benytter data fra det kommunale regnskabssystem KMD Børn og Voksne suppleret med svar fra kommuner, der ikke benytter dette system, for at etablere et første overblik på årene siden kommunalreformen 2007.

Denne undersøgelse har til hensigt at danne en oversigt over den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser i Danmark. På baggrund af registreringen af ydelser hos kommuner og KMD tegner undersøgelsen et helhedsbillede af kommunernes indsats over for den nævnte gruppe. Billedet tegnes på basis af en besvarelse fra i alt 71 pct. af kommunerne, men ved sammenligning af flere ydelser og år kan dækningen i en hel del tilfælde komme ned i nærheden af 50 pct. Hvor den er mindre end 50 pct., gør vi opmærksom på det. I analysen indgår personer i Danmark i alderen 18-64 år, som i perioden fra 2007 til 2011 har modtaget en eller flere ydelser af de typer, der bliver sammenfattet under be-

tegnelsen ”sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder”, og som samtidig er registreret i Det Centrale Psykiatrisregister for at have modtaget en form for psykiatrisk behandling.

Personerne er registreret under betalingskommune, dvs. den kommune der har taget beslutning om ydelsen. Afgrænsningen af personer er i øvrigt foretaget med baggrund i, hvad der har kunnet lade sig gøre i de foreliggende data. Vi har haft oplysninger om modtagere af en række ydelser, men ikke om, hvorvidt ydelserne er givet på grund af sindslidelse eller af andre grunde. Derfor har vi været nødt til at afgrænse sindslidende ud fra registeroplysninger. Vores oplysninger går endvidere på, om personen har haft ydelsen inden for året og ikke på et bestemt tidspunkt. Disse forhold gør, at afgrænsningen er forskellig fra Danmarks Statistiks, og at tallene i nogle tilfælde kan være forskellige. Vi diskuterer forskellene og peger på, hvad baggrunden kan være.

Vores interesse har samlet sig om de *personer*, der drager nytte af kommunernes sociale indsats på dette område, snarere end om den enkelte ordning. Vi har derfor samlet oplysningerne om kommunernes indsats efter forskellige paragraffer med udgangspunkt i den enkelte borger for at give et billede af borgere, der modtager en meget intensiv social indsats og borgere, der modtager en mindre intensiv indsats. Som udgangspunkt har vi delt borgerne op i seks kategorier efter intensitet af indsats og til brug for det mere brede billede, har vi delt op i to overordnede grupper: borgere, der benytter botilbud i den mere intensive gruppe, og borgere, der benytter dagtilbud, støtteperson eller begge dele i den mindre intensive gruppe.

Forskellen mellem mere og mindre intensiv indsats har at gøre med, hvor mange timer i døgnet og ugen der er støtte til rådighed, og i hvor høj grad det drejer sig om en støtte, der direkte har med sindslidelsen at gøre. I et botilbud er der personale, i hvert fald i en del af dagens timer, og i mange tilfælde også om natten, samt mulighed for at hente støtte til strukturering af hverdagen i bred forstand. Et dagtilbud giver en støtte i form af et miljø og personalekontakt, mens en støtteperson i hjemmet giver en anden form for støtte i forhold til dagliglivet.

Den mindst intensive form for støtte er dækning af merudgifter (kategori 1). Dernæst kommer dagtilbud (kategori 2) eller støtteperson (kategori 3) – dagtilbud og støtteperson fremtræder som lige intensive set i forhold til baggrundsfaktorerne. Herefter kommer dagtilbud plus støt-

teperson (kategori 4), derpå botilbud (kategori 5) og endelig, som den mest intensive form for støtte, botilbud plus dagtilbud (kategori 6).

- | |
|-----------------------------|
| 1. Dækning af merudgifter |
| 2. Dagtilbud |
| 3. Støtteperson |
| 4. Støtteperson + dagtilbud |
| 5. Botilbud |
| 6. Botilbud + dagtilbud |

Forskellen i intensitet mellem de to hovedtyper af støtte afspejler sig i de meget forskellige omkostninger, hvor forskellen gennemsnitligt er en faktor 10 – det vil sige, at de mest intensive indsatsgrupper (kategori 5 og 6, hvor der indgår botilbud) koster omtrent ti gange så meget som de mindre intensive indsatser (kategori 1, 2, 3, 4).

EN SÆRLIG GRUPPE BORGERE

Sindslidelser rammer ikke helt tilfældigt. Der er sociale determinanter, som bestemmer, at mennesker med nogle karakteristika er mere udsat end mennesker med andre karakteristika. Der findes næsten ingen sociologisk beskrivelse af mennesker med sindslidelse i Danmark, men vi kan dog sammenligne de personprofiler, vi finder med Jane Greves undersøgelse for Rockwoolfonden (Greve, 2012). Den viser, at mennesker med svær sindslidelse på en række baggrundsfaktorer ligger klart under den øvrige befolkning. Gruppen, vi taler om i denne rapport, har ikke så alvorlige sindslidelser som personerne i Greves undersøgelser, men den sociale gradient er omtrent den samme.

Gruppen af borgere med sindslidelse, der benytter sociale indsatser med bl.a. denne målgruppe, er sammensat lidt anderledes end landets befolkning i almindelighed. Der er således en overvægt af mænd blandt dem, der benytter de mest intensive støtteformer, mens der er mere lige kønsfordeling blandt dem, der benytter de mindre intensive støtteformer. Botilbud benyttes af den ældste gruppe, dagtilbud af den yngste, mens benyttelsen af støtteperson har ændret karakter gennem

perioden fra 2007 til 2011¹ fra at have været benyttet af den ældre del af beborgerne i 2007 til at blive benyttet af en betydelig yngre gruppe i 2011.

En af de største forskelle mellem den gruppe mennesker, vi ser på, og landets befolkning som helhed, er, at langt flere i gruppen her er ugifte. Det gælder i højere grad, jo mere intensiv støtte man ser på. Det gælder op mod 90 pct. af dem, der modtager den meste intensive støtte, omkring 70 pct. blandt dem, der modtager den mindre intensive støtte, men kun 50 pct. af dem, der ikke modtager anden støtte end merudgiftsdækning. Ligeledes lever en stor del af gruppen som enlige. Det gælder fra godt 55 pct. til godt 95 pct. af delgrupperne fra den mindst intensive til den mest intensive form for støtte.

Gruppen tæller ikke så mange med uddannelse som landets befolkning som helhed. Grundskole, som den højeste fuldførte uddannelse, har 85 pct. af gruppen med den mest intensive støtte og over 60 pct. af den gruppe, der modtager lidt mindre intensiv støtte. I den gruppe, der kun modtager merudgiftsdækning, er det derimod godt 40 pct., der har folkeskole som den højeste uddannelse, og her har 18 pct. en videregående uddannelse, nogenlunde som i befolkningen som helhed.

Når vi ser på de nævnte sociale determinanter, gælder det, at mennesker med mindre intensiv støtte kun i mindre udstrækning adskiller sig fra befolkningen som helhed, mens mennesker med mere intensive former for støtte adskiller sig mere. De fundne sociale gradienter understøtter dermed den skala af mere og mindre intensive støtteformer, som vi har opstillet.

Omkring 5-7 pct. af personerne i gruppen er tidligere straffet, et tal der over perioden stiger til 5-9 pct. Andelen af straffede er kun lidt højere, end den er i befolkningen i øvrigt. Det hænger formentlig sammen med, at vores gruppe består af mennesker i tilbud, som bliver givet til den mindst kriminelle del af gruppen. Især er kriminaliteten lav blandt den del, der er i dagtilbud, mens den er højest blandt dem med bostøtte. Greve (2012) viser derimod, at når man betragter hele gruppen af mennesker med svær sindslidelse mellem 25 og 40 år, inklusive den del der ikke er modtagere af tilbud, finder man en markant højere kriminalitet end i resten af befolkningen.

De 2 pct. af befolkningen med svære sindslidelser hos Greve (2012) har sociale gradienter på størrelse med vores 7-9 promille af be-

1. Vi har oplysninger for de fem år 2007, 2008, 2009, 2010 og 2011 – men fra 2007 til 2011 er der kun gået fire år.

folkningen. Det betyder, at der foruden vores gruppe af personer med sindslidelse, som anvender sociale indsatser med bl.a. denne målgruppe, er en 2-3 gange så stor gruppe med svær sindslidelse, som ikke er brugere af den type sociale indsatser. Men brugerne af sociale ydelser har ikke alle en svær sindslidelse. Et blik på de diagnoser, der karakteriserer gruppen, giver det indtryk, at det måske kun er halvdelen af gruppen, der hører til Greves gruppe med svære sindslidelser. De øvrige har en sindslidelse, der i sig selv er mindre alvorlig, men som alligevel har store sociale konsekvenser.

Såvel inden for gruppen af mennesker med stærk sindslidelse som inden for den meget større gruppe af mennesker med lettere sindslidelse er der således potentielt en fremtidig gruppe af brugere af de særlige sociale ydelser til mennesker med sindslidelse. Disse grupper har en sindslidelse, som gør dem udsatte, men finder sandsynligvis en støtte i familie og omgivelser, som gør, at de ikke har meldt sig som ansøgere. Social forandring i de kommende år kan betyde, at de får mindre støtte i det civile samfund og begynder at melde sig. Det er vigtigt at beskrive dem nærmere og forstå, hvad der gør forskellen på dem, der klarer sig uden sociale tilbud og dem, der har behov for disse.

VÆKST I BRUGEN AF SOCIALE YDELSER

Hvis vi betragter samtlige ydelser, som specielt henvender sig til mennesker med sindslidelse, bortset fra støttekontaktperson, som der ikke findes registrering af, finder vi, at antallet af modtagere mellem 18 og 64 år af disse ydelser stiger fra at være 670 borgere pr. 100.000 indbyggere i 2007 til at blive 865 borgere pr. 100.000 indbyggere i 2011. Disse tal svarende til tal for hele landet på 27.000 i 2007 til knap 34.500 i 2011,² det vil sige en udvikling fra knap 7 til knap 9 promille af befolkningen mellem 18 og 64 år. Tallene kan være præget af, at København er blandt de kommuner, vi ikke har svar fra.

Det er imidlertid ikke klart, hvordan en inkorporering af København ville præge tallene. Hvis København ligner de storbyområder, vi har repræsenteret i undersøgelsen, vil indsatsen på disse områder ligge under gennemsnittet for landet. Hvad angår de resultater, der drejer sig om udviklingen over perioden, er sagen lidt anderledes. København

2. Disse antal er beregnet ud fra størrelsen af befolkningen i aldersgruppen.

mangler både i start og slutpunkt, og intet tyder på en anden udviklingsretning i storbyer end i det øvrige land, så disse resultater er næppe påvirket af Københavns fravær.

Målt i antal brugere er der således tale om en vækst på 29,1 pct. Vi bringer imidlertid tal fra andre kilder, som tyder på, at priserne for den enkelte ydelse er reduceret i perioden, måske med omkring 5 pct. Alt i alt tyder resultaterne derfor på, at udgifterne over de fire år er steget med godt 20 pct., eller at de er steget med omkring 5 pct. om året. Dette tal er godt i tråd med den stigning, der i øvrigt er tale om på handicap-serviceområdet over denne årrække – ja nærmest lidt i underkanten. Resultatet om den samlede vækst i antal brugere stemmer også godt overens med tal fra Danmarks Statistik og Rambøll (2013). Disse kilder har ikke tal for det samlede antal brugere, men giver for nogle kategorier mindre og for andre større tal for væksten.

Væksten i indsatsen genfindes på de enkelte områder. Den mest intensive indsats, som indeholder botilbud, benyttes således af 213 personer pr. 100.000 indbyggere i 2007, men af 249 personer pr. 100.000 indbyggere i 2011, hvilket betyder en vækst på 17 pct. Den mindre intensive støtte bruges af 409 personer pr. 100.000 indbyggere i 2007, men af 572 personer pr. 100.000 indbyggere i 2011, altså en stigning på 40 pct. over de fire år. Den sidste tilvækst er mere end dobbelt så stor som den første. Det betyder, at sammensætningen af indsatsen har ændret sig til fordel for den mindre intensive indsats. Denne fylder i 2011 en lidt større del af billedet end den gjorde i 2007. Dette resultat stemmer ligeledes overens med tal fra Danmarks Statistik og Rambøll (2013). Krevi (2012b) finder ligeledes en vækst, dog meget mindre.

Den sociale indsats i forhold til mennesker med sindslidelser hænger også sammen med, hvor tæt befolket kommunen er. Den tredjedel af kommunerne, der er tættest befolket, ligger næsten alle omkring hovedstaden, Aarhus og Odense. Dem har vi derfor betegnet ”storbykommuner”. De mellemte bfolkede områder udgør det meste af resten af Sjælland og Fyn, foruden Østjylland, Esbjerg og Sønderborg, og dem har vi betegnet ”bykommuner”. De tyndt befolkede kommuner er Nord- og Vestjylland samt de sydlige dele af øerne, og dem kalder vi ”landkommuner”. Opdelingen efter urbanitet er altså samtidig en opdeling i en form for landsdele.

I forhold til urbanitet finder vi det klare billede, at der er færrest brugere af sociale tilbud til mennesker med sindslidelse i storbykommu-

nerne, medium i bykommunerne og flest i landkommunerne. Krevi (2012a) finder samme fordeling efter urbanitet, som vi gør. Samtidig ser vi, at antallet af brugere i alle tre områder er stigende gennem perioden. Det vil sige, at vi har det lidt usædvanlige billede, at en udvikling kommer tidligere i landkommunerne end i storbykommunerne.

Vi har benyttet den aktuelle handicapundersøgelse SHILD³ til at se, om forskellen i sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder måske kunne forklares ved, at der simpelthen er flere mennesker med psykiske lidelser i landkommuner og færrest i storbykommuner. Det er der imidlertid intet, der tyder på. Vi ser tværtimod i SHILD-undersøgelsen en sammenhæng i modsat retning, med flere psykiske lidelser i storbyen og færre på landet. Denne sammenhæng er dog svag og langt fra signifikant.

STOR FORSKEL PÅ KOMMUNERNES PRAKSIS

Vi har været specielt interesseret i at belyse den praksis, kommunen har i forhold til den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser. Især har vi været interesseret i at finde tegn på, om kommunen er recovery-orienteret eller om kommunen er omsorgsorienteret. Ved recovery orienteret forstår vi, at kommunen har benyttet den sociale indsats til at støtte borgeren i at klare sig selv, og ved omsorgsorienteret forstår vi, at den anser den sociale støtte til mennesker med sindslidelse som noget, personen blot kan blive ved med at benytte, når den først er bevilget én gang. Det kan vi ikke belyse direkte, men vi kan sige noget om, hvor længe ophold i botilbud i gennemsnit varer.

Vi har derfor fulgt de enkelte personer fra år til år over de fem år, vi har data fra, for at afdække om den enkelte beholder en ydelse, får erstattet sin ydelse med en anden ydelse eller helt kommer ud af støttesystemet. Selv om vi kun har data for fem år, kan de andele, der udsluses år for år, sige en hel del om, hvor længe den enkelte person kan forventes at blive i ordningen. Ved at beregne udslusningen for hver kommune for hver to-års-periode, som de fem år rummer, har vi kunnet finde udslusningsprocenter for den mest intensive støtte som for den mindre intensive støtte og på baggrund af dem beregne, hvor længe vi kan forvente, at borgeren bliver i ordningen. Disse beregninger skal dog tages med det

3. Damgaard, Steffensen og Bengtsson (2013).

forbehold, at vore data ikke siger noget om, hvorvidt personerne har benyttet en given ordning i en større eller mindre del af et år.

Disse beregninger viser, at ingen ordninger fungerer som permanente foranstaltninger. Der er stor forskel på udslusningen, men der er overalt en udslusning, som tyder på, at kun få mennesker kan vente at forblive i deres ordning resten af livet. Udslusningen fra den mest intensive form for støtte set som gennemsnit for hele landet er konstant i det meste af perioden, men stiger i dens sidste år fra 18 til 20 pct., hvilket betyder, at den forventede tid i ordningen falder fra 5 år til ca. 4,5 år.

Kommunerne har imidlertid meget forskellig praksis eller ”politik”. Der er for det første stor forskel på, hvor mange borgere kommunerne visiterer til de forskellige tilbud. Hvis vi ser på den mest intensive form for støtte i form af botilbud, finder vi en mindre gruppe kommuner, hvor 1 promille af befolkningen benytter dem, en stor gruppe, hvor det er 2 promille, ganske mange kommuner med 3 promille, også ganske mange kommuner med 4 promille af befolkningen i botilbud samt et par enkelte, hvor andelen er højere.

Kommunernes udslusningsprocenter er også meget forskellige. Den lavestliggende femtedel af kommunerne har udslusningsprocenter fra den mest intensive form for støtte på mindre end 10 pct., men for den højestliggende femtedel af kommunerne er udslusningsprocenten på mere end 50 pct. For de tre femtedele af kommunerne, der ligger i midten, er udslusningsprocenterne på mellem 10 og 25 pct. Det er et stort spænd, og udslusningsprocenterne fordeler de sig pænt ud over området helt op til 30 pct. Det betyder, at et forventet ophold i et botilbud kan være lige fra 1½-2 år til 20 år afhængigt af, hvilken kommune der har ansvaret for den konkrete person med sindslidelse.

Udslusningen vokser mest i kommuner, hvor den er høj i forvejen, og høj grad af udslusning findes næsten kun i kommuner, hvor andelen af borgere i botilbud er lille. Der er således omkring en tredjedel af kommunerne, hvor udslusningen fra botilbud er ret høj og ofte stigende, mens antallet af borgere i botilbud er relativt lille. Det kunne godt være tegn på en recovery-orienteret linje i administrationen af ordningerne. Det vil være muligt at uddybe dette spørgsmål ved at gå videre med analyserne og se nærmere på situationen for de borgere, som de forskellige typer af kommuner udsluser. Det har imidlertid ikke været muligt inden for rammerne af denne første undersøgelse.

Ved at inddrage borgernes diagnoser i analysen viser der sig en klar sammenhæng. Kommunerne udsluser i gennemsnit 16-17 pct. af de borgere, hvor diagnosen har været skizofreni og psykoser i øvrigt, men 24-25 pct. af de borgere, hvor diagnosen har været en affektiv eller en stressrelateret lidelse eller en personlighedsforstyrrelse.

RINGE VIDEN OM FELTET

Det viser sig, at der især er usikkerhed om, hvor mange mennesker med sindslidelse der benytter de dyreste typer tilbud, som alene repræsenterer en omkostning på 10 mia. kroner årligt. Vi finder betydeligt flere mennesker med sindslidelser i botilbud, end Danmarks Statistik angiver. Det er imidlertid værd at bemærke, at kommunernes begrundelser i visitationen til ydelser sagtens kan give et misvisende billede, hvis vi benytter det som udtryk for personens tilstand. Sagsbehandlerens opgave er at tildele ydelser efter behov ikke at klassificere mennesker, og kommunerne tilstræber ikke, at denne klassifikation skal være ensartet over hele landet. En klassifikation på baggrund af Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister er derimod ensartet.

Forskellen på denne undersøgelses resultater og Danmarks Statistiks tal beror således først og fremmest på, at der er undersøgt to forskellige ting: Danmarks Statistik har gjort op, hvor mange personer kommunerne har visiteret til forskellige ordninger med begrundelsen sindslidelse. I den forbindelse er der ikke krav om lægelig diagnose eller forudgående behandling. Vi har fulgt personer, som har modtaget de samme ordninger, og som har været behandlet i hospitalspsykiatrien eller distriktskykiatrien.

Der kan derudover være en metodisk forklaring på, at vi når til forskellige resultater. Der er nemlig også tale om meget forskellige indsamlingsmetoder. Danmarks Statistik samler data ved at spørge det enkelte botilbud og lægge tallene sammen. Vi har samlet personnumre fra kommuners regnskabssystem og registre i øvrigt. Danmarks Statistik opgør tallene pr. 1. april, mens vi tager alle personer med, der har modtaget den enkelte ydelse på et eller andet tidspunkt i løbet af året.

Vi nævner blot dette for at vise, hvor lidt vi ved om feltet. For selv om tælling af mennesker er et udgangspunkt, er det ikke den vigtigste viden, man kan få. Meget vigtigere er det at få viden om, hvad der er

forskellen mellem den gruppe sindslidende, der i dag modtager social støtte, og de måske ti gange flere, der fejler lige så meget, men ikke synes at have behov for social indsats, samt under hvilke betingelser det kunne hænde, at denne nye gruppe melder sig som ansøgere.

Det er ligeledes vigtigt at få mere viden om, hvordan kommunernes indsats på området er forskellig, og hvad der gør, at nogle kommuner anbringer mennesker med sindslidelser i botilbud i 20 år, mens andre kan nøjes med 2 år. Meget af den viden kan vi få ved andre typer af undersøgelser. Men for at skabe et overblik over, hvordan feltet fungerer i kommunerne alt i alt, vil det fortsat være nødvendigt også med registerundersøgelser som denne, hvor der er mulighed for at følge forløbet for den enkelte person.

Da området er så uudforsket, gør rapporten en del ud af baggrund, formål og metode. Kapitel 2 skildrer ordningernes regelsæt og giver de vigtigste dele af den statistik og den forskning, der foreligger om emnet, herunder Danmarks Statistiks opgørelse. Kapitel 3 giver derefter en grundig redegørelse for den anvendte metode i denne undersøgelse, hvor vi har fundet de personidentificerbare oplysninger om sociale ordninger fra KMD-regnskabssystemet og fået dem overført til Danmarks Statistik, som lægger hus til analyserne af alle de personfølsomme oplysninger. På den måde har analysearbejdet kunnet ske uden adgang til data om den enkelte person. Dette kapitel giver også en illustration af forskellen mellem vores og kommunens begreber.

Kapitel 4 giver derefter en sociologisk karakteristik af de personer, der benytter sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder. Kapitlet introducerer også de kategorier, vi benytter for at give et indtryk af, hvor intensiv støtte den enkelte person modtager. Kapitel 5 ser på brugen af de enkelte ordninger, mens kapitel 6 forenkler dette til et billede af brugen af mere eller mindre intensiv støtte. Kapitlerne tegner et klart billede af en voksende brugergruppe, især hvad angår de mindre intensive former for støtte samt af store forskelle mellem kommuner. Endelig ser kapitel 7 på forskelle mellem kommunernes måde at anvende sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder på.

Vi begyndte dette kapitel med at fastslå, at denne undersøgelse repræsenterer starten på en systematisk registeroversigt over den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse. Lad os slutte med at understrege, at det kun er starten, og at denne start foreløbig hviler på et gan-

ske spinkelt grundlag. Vi har lidt kreativt taget data fra et IT system, som er udviklet og anvendt til at køre regnskaber, suppleret lidt op, luget ud, hvad der lignede fejl, og så analyseret på det. Det er ikke høj kvalitets data. Men indtil vi har fået samlet mere præcis statistik, er det bedste vi kan gøre at forsøge at få viden ud af det, vi har.

BAGGRUND OG FORMÅL

Dette kapitel beskriver formålet med undersøgelsen og baggrunden for den og giver desuden en begrebsmæssig definition af de ydelser og kategorier, som anvendes samt en indføring i tidligere forskning på området og i den statistik, der findes.

FORMÅL

Denne rapport har til formål at give en beskrivelse af den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser i perioden 2007-2011. Beskrivelsen vil først og fremmest dække sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder, dvs. botilbud, bostøtte, støttekontaktperson, væresteder og dækning af merudgifter for mennesker med sindslidelser. Der inddrages desuden ordninger, der benyttes meget af mennesker med sindslidelse, som hjemmehjælp og beskyttet beskæftigelse.

Det er undersøgelsens overordnede formål at få en viden på individbasis om den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser, hvor såvel tidligere forskning som statistik er yderst sparsom og usikker.

Undersøgelsen er den første af sin art, idet der er foretaget en systematisk indsamling af registeroplysninger fra kommunerne om borgere, der modtager en eller flere ydelser, givet på baggrund af en vurde-

ring af personens situation koblet med psykiatriske registerdata. Undersøgelsen er dermed den første kortlægning af området på basis af oplysninger om de enkelte individer. Indsamlingsmetoden og datagrundlaget beskriver vi i kapitel 3.

Undersøgelsen vil i første omgang belyse, hvem modtagerne af de nævnte ydelser er. Som udgangspunkt drejer det sig om mennesker med sindslidelse, men behovet for social indsats har ikke kun at gøre med, hvor alvorlig sindslidelsen er. Meget tyder på, at der også er sociale determinanter for, om en borger bliver modtager af en social støtteindsats af mere eller mindre intensiv karakter. Der kan således være en gruppe mennesker med sindslidelse, som under de nuværende forhold finder støtte i deres omgivelser, men som under andre samfundsforhold ville melde sig med sociale behov.

BAGGRUND

Baggrunden for denne undersøgelse er, at kommunerne har en omfattende indsats over for mennesker med sindslidelser, som kun i begrænset omfang er belyst af forskning og statistik.

Den sociale indsats over for personer med sindslidelser er vokset frem i 1980'erne og 1990'erne i forbindelse med, at hospitalerne reducerede varigheden af deres behandlinger betydeligt, således at de blev i stand til at behandle et større antal patienter med en fjerdedel af det antal sengepladser, de tidligere havde haft. For mange patienter gav det kortere sygehusophold en bedre behandling, men en gruppe blev udskrevet med store sociale behov, som amter og kommuner først begyndte at sætte ind i i løbet af 1990'erne (Bengtsson, 2011).

Udtrykket ”socialpsykiatri”, der dækker over psykiatriens sociale indsats, dukker op omkring 1990 og har været anvendt om området siden. I den seneste tid har vi imidlertid, fx i forbindelse med regeringens psykiatriudvalgs arbejde, mærket en begyndende modvilje mod udtrykkene ”behandlingspsykiatri” og ”socialpsykiatri”, som udvalget nu gerne vil erstatte med ”psykiatri” og ”psykosociale indsatser”. Vi anvender i denne rapport dog ikke udtrykket ”psykosociale indsatser”, men i stedet i overensstemmelse med Socialministeriet udtrykket ”sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder”.

Social indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder blev først etableret i nogle – især jyske – amter i 1980'erne, mens nogle kommuner – især København – tager udfordringen op i 1990'erne (Bengtsson, 2011). Indtil 2007 er både amter og kommuner aktive med at drive botilbud og andre foranstaltninger, men med Kommunalreformen i 2007 bliver området et rent kommunalt ansvar. Kommunerne har efterfølgende overtaget det meste af driften på området.

I de senere år er der kommet større opmærksomhed på udfordringerne ved at integrere forskellige indsatser over for mennesker med sindslidelse, herunder også samspillet mellem den regionale sundhedsindsats og den sociale indsats i kommunen. Satspuljen⁴ har således finansieret en række projekter med integration af indsatser, ligesom emnet har fyldt meget i det arbejde, som regeringens psykiatriudvalg har foretaget i 2012-2013.

Både når det gælder behandling af sindslidelser, og når det gælder den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse, er den viden, der findes på området, ganske begrænset. Der er imidlertid den store forskel, at mens personrelaterede data på behandlingsområdet er righoldigt til stede i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, er forskere først for nylig begyndt at analysere disse data fra en samfundsvidenskabelig synsvinkel (Greve, 2013), og der mangler de tilsvarende personrelaterede data om den sociale indsats.

Danmarks Statistik begynder at registrere oplysninger om de fleste af de ordninger, som dette projekt beskriver, fra 2013. For at få viden om nogle af de foregående år har SFI imidlertid gennem kontakt med den enkelte kommune samlet et materiale sammen, som kan belyse perioden siden 2007. Det er baggrunden for denne rapport, som er udarbejdet sideløbende med regeringens psykiatriudvalgs arbejde.

YDELSER OG REGELSÆT

I rapporten analyserer vi data, som identificerer borgere på 18-64 år, som har været behandlet for sindslidelse, og som samtidig modtager ydelser efter §§ 83, 85, 100, 104, 103, 107 og 108 i serviceloven (SEL) eller § 105

4. En stor pulje til særlige tiltag på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet med henblik på at forbedre vilkårene for modtagere af overførselsindkomster og svage grupper i samfundet. Satspuljen har eksisteret siden 1990.

i almenboligloven (ABL). Om en person har været behandlet for sindslidelse, afgøres i denne undersøgelse ved at se på, om personen optræder i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister i 1994-2011.⁵ Tabel 2.1 viser, hvilke ydelser vi behandler i det følgende.

TABEL 2.1

Sociale ydelser til mennesker med sindslidelse.

Paragraf	Ydelse (kort beskrivelse)
SEL 83	Hjemmehjælp
SEL 85	Bostøtte
SEL 100	Merudgifter for personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
SEL 103	Beskyttet beskæftigelse
SEL 104	Aktivitets- og samværstilbud, herunder væresteder
SEL 107	Midlertidige botilbud til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
SEL 108	Længerevarende botilbud til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
ABL 105	Bofællesskaber

Anm.: SEL: Serviceloven, ABL: Almenboligloven.

I det følgende gengives de vigtigste dele af regelsættet for de nævnte paragraffer fra serviceloven (SEL) og almenboligloven (ABL).

Hjemmehjælp (SEL § 83) er personlig hjælp og pleje, hjælp til støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet og madservice, som gives til personer, som på grund af midlertidigt eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke selv kan udføre disse opgaver. Denne støtte ydes af SOSU-assistenten eller SOSU-hjælperen, ofte under ledelse af en hjemmesygeplejerske. De fleste brugere af hjemmehjælp er over 65 år.

Bostøtte (SEL § 85) er en hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller på grund af særlige sociale problemer. I reglen benyttes ordet ”bostøtte”, når brugeren er sindslidende og ordet ”hjemmevejleder”, når brugeren er udviklingshæmmet. En mere formelt klingende betegnelse er ”socialpædagogisk støtte”. Denne hjælp ydes oftest af personale med en socialpædagogisk uddannelse, men der er også bostøtter med andre uddannelser. Omkring en tredjedel af bostøtterne er SOSU-assistenten, de øvrige har i de fleste tilfælde uddannelser som pædagoger, terapeuter eller lignende.

5. Vi har valgt en lang periode, fordi en stor gruppe mennesker med sindslidelse alene behandles i primærsektoren.

Støttekontaktperson (SEL § 99) – som kun sporadisk bliver berørt i rapporten – er et tilbud om en støtte- og kontaktperson til personer med sindslidelser og til personer med stof- eller alkoholmisbrug. Tilbuddet gælder endvidere personer med særlige sociale problemer, som ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig. Det er et opsøgende tilbud, som kommunen ikke visiterer til, og som vi derfor heller ikke har haft mulighed for at medtage i undersøgelserne, da brugerne ikke er registreret.

Dækning af merudgifter (SEL § 100) handler om nødvendige merudgifter ved den daglige livsførelse til personer mellem 18 år og pensionsalder med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne – dog kun merudgifter, som er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne.

Beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) skal kommunen tilbyde til personer under pensionsalderen, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer ikke kan opnå eller fastholde beskæftigelse på normale vilkår på arbejdsmarkedet, og som ikke kan benytte tilbud efter anden lovgivning. Beskyttet beskæftigelse kan foregå på beskyttede værksteder, men den foregår i stigende omfang også på virksomheder, der har brug for nogle ydelser, som kan udføres af personer med en lavere funktionsevne. De fleste brugere af beskyttet beskæftigelse er mennesker med udviklingshæmning, men der er også en gruppe af mennesker med sindslidelse.

Aktivitets- og samværstilbud (SEL § 104) skal kommunen tilbyde personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller af livsvilkårene. Aktivitets- og samværstilbud er ofte målrettet til mennesker med udviklingshæmning, men en næsten lige så stor gruppe brugere er mennesker med sindslidelse. Tilbuddene til sidstnævnte gruppe lægger ofte mere vægt på samvær end på aktivitet og betegnes ofte som ”væresteder”.

Midlertidigt botilbud (SEL § 107) kan kommunen tilbyde til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det. Kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Kommunen skal endvidere tilbyde midlertidigt ophold til personer med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige

sociale problemer, der har behov for pleje og behandling, og som på grund af disse vanskeligheder ikke kan klare sig uden støtte.

Længerevarende botilbud (SEL § 108) skal kommunen tilbyde til personer, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og som ikke kan få dækket disse behov på anden vis.

For såvel midlertidige som længerevarende botilbud gælder ifølge Danmarks Statistik, at de største brugergrupper er mennesker med udviklingshæmning, mens de næststørste brugergrupper – som også er af en betydelig størrelse – er mennesker med sindslidelse. Ved siden af botilbuddet vil beboerne få støtte af personalet. En del kommuner har tolket institutionsbegrebets ophævelse i 1998 sådan, at de ikke kan ansætte personale på bosteder, hvorfor de bevilger al personlig støtte som § 85-støtte til den enkelte beboer. Andre kommuner har fortsat ansat personale, som er knyttet til bostedet og fungerer i forhold til alle beboere.

Bofællesskaber er tænkt som en form for boliger, der har mindre præg af institution end de førnævnte botilbud. Almenboliglovens § 105 siger, at kommunen drager omsorg for, at der i nødvendigt omfang tilvejebringes almene ældreboliger, der kan udlejes til ældre og personer med handicap, som har særligt behov for sådanne boliger. Endvidere kan regioner og kommuner overlade til selvejende institutioner og almene boligorganisationer at være byg- og driftsherre af almene ældreboliger, der tilvejebringes med særligt henblik på at betjene personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Bofællesskaber har aldrig tilknyttet personale, her er den personlige støtte til beboerne altid efter § 85. Kommunerne etablerer imidlertid i en del tilfælde et bofællesskab på den måde, at den omdanner et § 107- eller § 108-botilbud til et bofællesskab. Baggrunden for at gøre det kan være, at finansieringen er mere fordelagtig for kommunen. Der er ingen grund til at tro, at en sådan formel omdannelse fører til mindre institutionspræg. Anvendelsen af betegnelsen ”§ 85-institutioner” om bofællesskaber kan ligeledes ses som tegn på, at forskellen ikke behøver være så stor. Vi har derfor valgt at inddrage bofællesskaber i undersøgelsen, og behandle dem på linje med botilbud.

Der er endvidere nogle ydelser i serviceloven, som kun benyttes af et lille antal borgere, og som vi af praktiske grunde ikke har medtaget i denne undersøgelse. Det gælder ydelsen efter § 94, som dækker en

hjemmehjælper, som borgeren selv udpeger og ydelsen efter § 95, som er et kontant tilskud, der udbetales i stedet for hjemmehjælp. For § 95 gør der sig det særlige forhold gældende, at ydelsen kan erstatte både § 83 og § 84 og derfor ikke vil være relevant i alle tilfælde.

Endvidere kunne det have været relevant at dække SEL § 97, som siger, at kommunen skal tilbyde 15 timers ledsagelse om måneden til personer under pensionsalder, der ikke kan færdes alene på grund af betydeligt og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Grunden til, at denne undersøgelse ikke dækker SEL §§ 94 og 97, er, at der viste sig store vanskeligheder med at få indsamlet data fra kommunerne. Vi lagde ud med en ønskeseddel, der omfattede flere paragraffer, som vi formodede var af betydning for problematikken. Efter en række kontakter med kommunerne blev listen dog skåret ned til det mest nødvendige.

Krevi (2012d) medtager SEL § 95 og 96 i sin analyse, men skriver samtidig, at dette er ordninger, der udelukkende giver praktisk hjælp og pleje i lighed med SEL § 83. Vi har imidlertid medtaget *alle* handicaprelaterede paragraffer for de 50 kommuner, hvor vi har vores data fra KMD og kan således senere foretage skøn over, hvor meget de mindre anvendte paragraffer betyder for resultaterne.

TIDLIGERE FORSKNING

Den hidtidige forskning, som afdækker sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder i Danmark, er yderst sparsom. Der findes en interviewundersøgelse af bofællesskaber i København (Middelboe m.fl., 1997), en interviewundersøgelse af institutionen ”Sundbygård” i København (Jensen m.fl., 2000; Breddam m.fl., 2007) og en etnografisk undersøgelse af borgernes liv i henholdsvis psykiatrien og inden for rammerne af sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder (Sørensen, 2012).

Samlet giver disse undersøgelser det indtryk, at beboernes sindslidelse over denne periode er blevet forværret. En nyere registeranalyse om mennesker i botilbud (Nordentoft m.fl., 2012) giver det resultat, at botilbud reducerer behovet for indlæggelse. Nordentoft m.fl. gør dog samtidig opmærksom på, at botilbud er næsten lige så dyre som psykiatriske sengepladser, og at opholdet der i reglen er betydeligt længere.

Krevi (2012a, 2012b, 2012c, 2012d) har undersøgt botilbudsområdet fra en kommunaløkonomisk synsvinkel – et perspektiv, vi ikke har med i denne undersøgelse.

Tilbud i eget hjem er ligeledes sparsomt belyst. Karpatschoffs (2001) evaluering af forsøgsordningen med støttekontaktperson til mennesker med sindslidelse i København var med til at bane vejen for, at denne ordning blev indført på landsplan. Desuden vil vi nævne SFI's kortlægning af bostøtte til mennesker med sindslidelse (Bengtsson & Røgeskov, 2012), som viser, at de fleste kommuner administrerer bostøtte som en form for omsorg, som personen med sindslidelse har behov for, mens en mindre del af kommunerne administrerer den som en hjælp til personens recovery og sætter mål for øget selvhjulpenhed.

SFI's kortlægning af beskyttet beskæftigelse (Bengtsson & Mateu, 2009) peger på, at denne ordning i stigende grad bliver benyttet til mennesker med sindslidelse. Da den blev foretaget, viste de seneste to år en fordobling af antallet af mennesker med sindslidelse i beskyttet beskæftigelse, fra omkring 10 pct. af brugerne af denne ordning til knap 20 pct. Det har imidlertid vist sig efterfølgende, at denne udvikling ikke er fortsat siden.

STATISTIK OM DEN SOCIALE INDSATS

Den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser er beskrevet i meget brede træk i Danmarks Statistiks Sociale Ressourceopgørelser, som udsendes hvert år i Statistiske Efterretninger. Disse tal bygger på indberetninger fra kommunerne, men Danmarks Statistik har ikke fået individdata. Den sociale indsats er desuden beskrevet en række andre steder (Rambøll, 2013; Psykiatriudvalgets arbejdsgruppe 1, 2013; og Psykiatriudvalgets arbejdsgruppe 2, 2012). Disse synes stort set at viderebringe Danmarks Statistiks oplysninger, men er i nogle tilfælde suppleret med egne beregninger.

De forskellige ordninger benyttes ikke kun af mennesker med sindslidelse, men også af andre grupper. Danmarks Statistik deler op i sindslidende, udviklingshæmmede, personer med fysisk funktionsnedsættelse, personer med sociale problemer og i nogle tilfælde også stof- og alkoholmisbrugere. Denne opdeling bygger på, hvad kommunen har benyttet som baggrund i sin visitation. En sindslidende i statistikken er altså

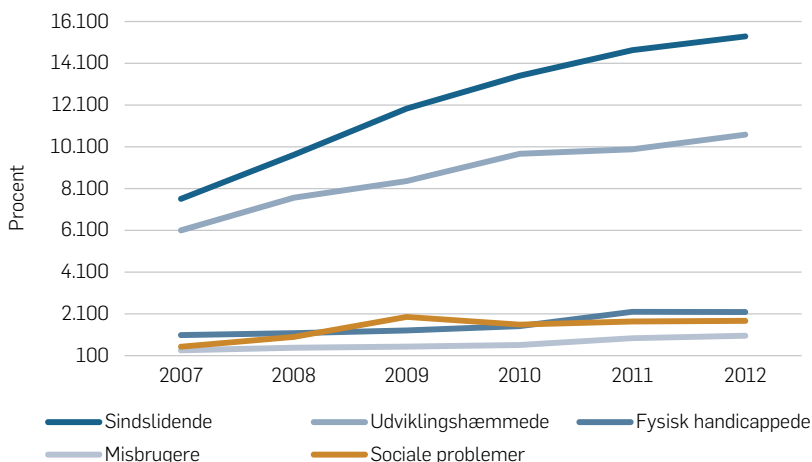
en person, der er visiteret til ydelsen på baggrund af sindslidelse. Dette kriterium behøver ikke falde sammen med denne undersøgelses kriterium, hvor en sindslidende er en person, der er registreret i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister med en behandling.

STØTTEYDELSER

Danmarks Statistiks tal (figur 2.1) illustrerer, at indsatsen efter § 85 har været voksende for alle grupper, men mest for sindslidende, hvor den er fordoblet. Forholdsmæssigt er indsatsen over for fysisk handicappede dog steget lige så meget og indsatsen over for misbrugere og mennesker med sociale problemer en del mere, men det drejer sig om mindre grupper, og det kan derfor forekomme mindre iøjnefaldende på figuren. Indsatsen over for udviklingshæmmede er steget mindst, men dog alligevel med 75 pct. over de fire år.

FIGUR 2.1

Brugere af bostøtte og hjemmevejledning efter serviceloven § 85, særskilt for baggrunden for visitering. 2007-2012. Antal.



Anm: Tabellerne med tal fra Danmarks Statistik omfatter alle brugere af de nævnte ordninger og inkluderer tal fra 2012.

Kilde: Tal fra Danmarks Statistik.

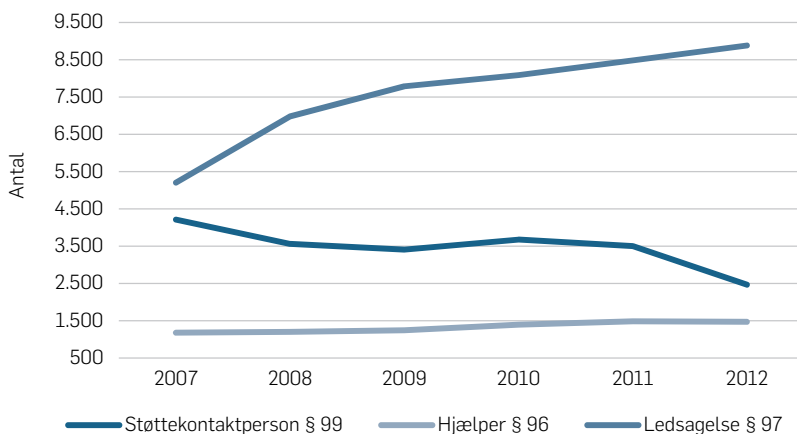
Figur 2.2 viser med tal fra Danmarks Statistik, at brugen af støttekontaktperson er mindsket, mens brugen af de øvrige hjælperordninger er steget i perioden. En del af den stigning i anvendelsen af bostøtte, som vi

netop betragtede, kan derfor godt stamme fra, at kommuner i en række tilfælde har ændret en ydelse fra støttekontaktperson til en § 85-bøstøtte. Det er i overensstemmelse med politikken i mange kommuner.

Ydelsen efter § 96 er brugerstyret personlig assistance, som kan ydes til mennesker med omfattende hjælpebehov, og § 97 indebærer 15 timers ledsagelse om måneden til personer med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Ledsagerordningen omfatter imidlertid ikke borgere med nedsat funktionsevne som følge af sindslidelse, og den bliver derfor ikke benyttet af den gruppe, vi beskæftiger os med her. Vi skal i øvrigt ikke komme ind på disse ordninger i rapporten.

FIGUR 2.2

Brugere af støttekontaktperson efter serviceloven § 99, hjælperordning efter serviceloven § 96, og ledsagerordning efter serviceloven § 97. 2007-2012. Antal.



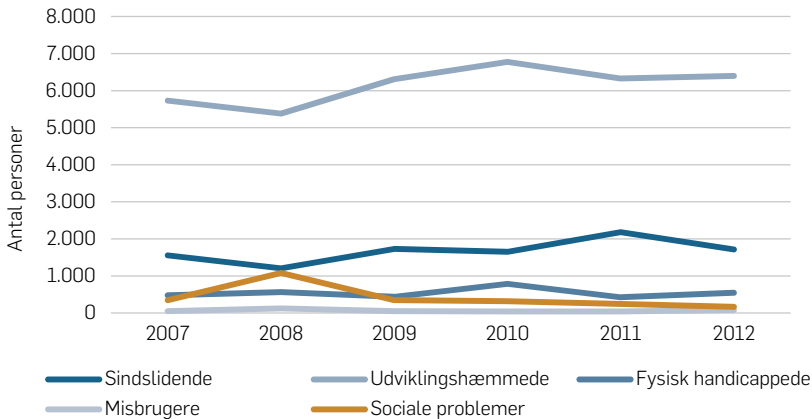
Anm.: Tabellerne med tal fra Danmarks Statistik omfatter alle brugere af de nævnte ordninger og inkluderer tal fra 2012.
Kilde: Tal fra Danmarks Statistik.

DAGTILBUD

Figur 2.3 viser brugen af beskyttet beskæftigelse. Beskyttet beskæftigelse benyttes nogenlunde konstant gennem perioden, men dog i svagt stigende omfang til udviklingshæmmede, som er langt den største gruppe på de beskyttede værksteder som til sindslidende, som udgør den næststørste gruppe. Udviklingshæmmede og sindslidende arbejder ofte på de samme beskyttede værksteder.

FIGUR 2.3

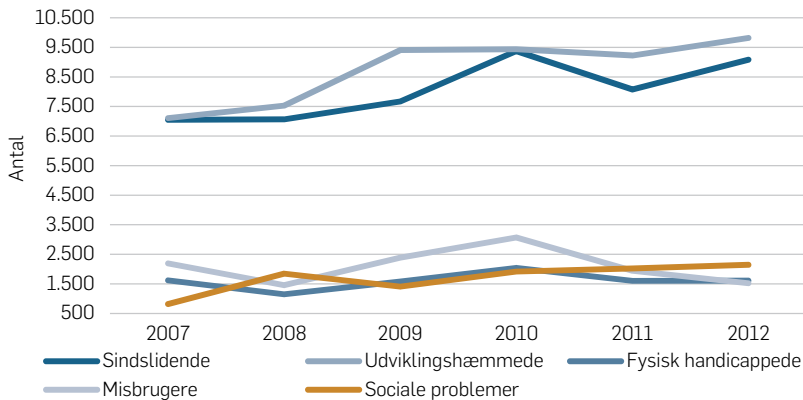
Brugere af beskyttet beskæftigelse efter serviceloven § 103 særskilt for baggrunden for visitering, 2007-2012. Antal.



Anm.: Tabellerne med tal fra Danmarks Statistik omfatter alle brugere af de nævnte ordninger og inkluderer tal fra 2012.
Kilde: Tal fra Danmarks Statistik.

FIGUR 2.4

Brugere af aktivitets- og samværstilbud (væresteder) efter serviceloven § 104 særskilt for baggrunden for visitering, 2007-2012. Antal.



Anm.: Tabellerne med tal fra Danmarks Statistik omfatter alle brugere af de nævnte ordninger og inkluderer tal fra 2012.
Kilde: Tal fra Danmarks Statistik.

Figur 2.4 viser brugen af aktivitets- og samværstilbud. Aktivitets- og samværstilbud efter SEL § 104 er i reglen opdelt i tilbud for udviklings-

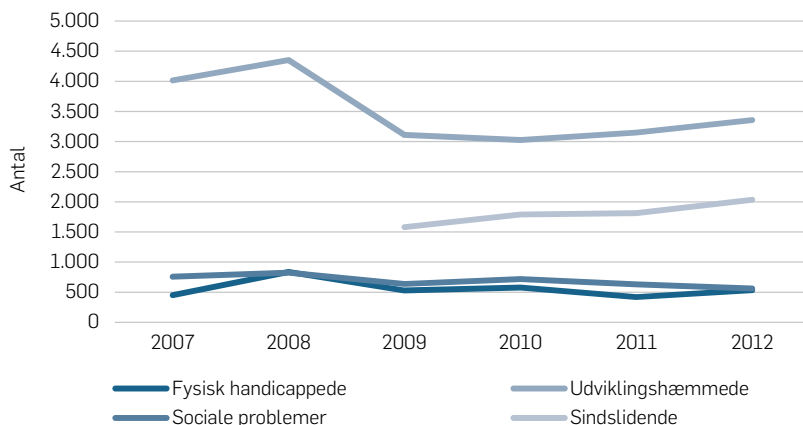
hæmmede på den ene side og tilbud for sindslidende og udsatte grupper på den anden, og tilbuddene har forskellig karakter. De sidstnævnte kaldes ofte for ”væresteder”, og vi benytter derfor denne betegnelse om tilbud til mennesker med sindslidelse. Brugen af § 104-tilbud stiger lidt over perioden for både udviklingshæmmede og sindslidende.

BOTILBUD

Figur 2.5 og 2.6 viser brugen af botilbud. Brugen af botilbud aftager stærkt for gruppen af udviklingshæmmede et år efter kommunalreformen. Det gælder både midlertidige og længerevarende botilbud (Danmarks Statistik tager dog forbehold for tallene før 2009). Også for mennesker med fysisk handicap og mennesker med sociale problemer viser figur 2.5 og 2.6 et fald efter kommunalreformen 2007.

FIGUR 2.5

Brugere af midlertidige botilbud efter serviceloven § 107 særskilt for baggrunden for visitering, 2007-2012. Antal.



Anm.: Tabellerne med tal fra Danmarks Statistik omfatter alle brugere af de nævnte ordninger og inkluderer tal fra 2012.

Tal for personer med sindslidelse frem til 2009 er udeladt grundet usikkerhed i data.

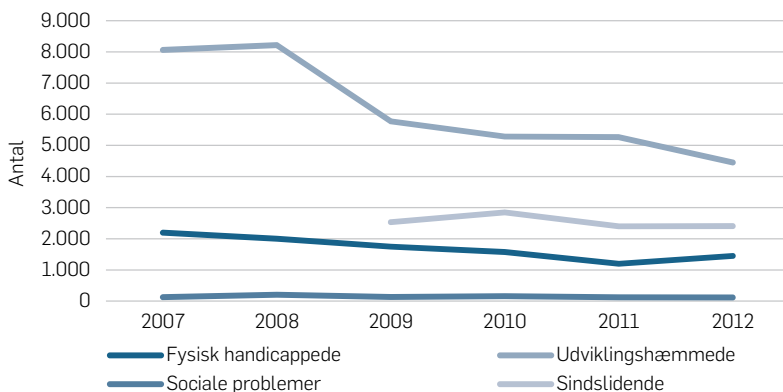
Kilde: Tal fra Danmarks Statistik.

Det gælder både midlertidige og længerevarende botilbud (Danmarks Statistik tager dog forbehold for tallene før 2009). Også for mennesker med fysisk handicap og mennesker med sociale problemer viser figur 2.5 og 2.6 et fald efter kommunalreformen 2007.

Derimod viser figurerne ikke, om der er samme billede for mennesker med sindslidelse, for her mangler tallene for 2007 og 2008 – de år der giver det store fald for udviklingshæmmede. For den sidste del af perioden ser vi samme stigning i brug af midlertidigt botilbud, men et svagere fald i brug af længerevarende botilbud. Alt i alt bliver der dermed tale om en stigning i brugen af botilbud for gruppen af mennesker med sindslidelse for de år, hvor Danmarks Statistik har data. Krevi (2012b) finder tilsvarende en vækst i antal pladser i botilbud for mennesker med sindslidelse.

FIGUR 2.6

Brugere af længerevarende botilbud efter serviceloven § 108 særskilt for baggrunden for visitering. 2007-2012. Antal.



Anm.: Tabellerne med tal fra Danmarks Statistik omfatter alle brugere af de nævnte ordninger og inkluderer tal fra 2012.

Tal for personer med sindslidelse frem til 2009 er udeladt grundet usikkerhed i data.

Kilde: Tal fra Danmarks Statistik.

Nogle af de undersøgelser, der er foretaget i forbindelse med arbejdet i regeringens psykiatriudvalg, indeholder lidt mere statistik om den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser. Rambølls (2013) analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder giver således også tal for benyttelsen af de forskellige ordninger, som er de samme, som er publiceret i Den Sociale Ressourceopgørelse (Danmarks Statistik, 2007-2012). I tallene for brugere af støttekontaktperson-ordningen regner Danmarks Statistik tallene for sociale problemer og misbrugere med, hvorved faldet forsvinder. Det er interessant: Faldet i antallet af brugere af

støttekontaktperson 2011-2012, som ses på figur 2.2, kan således hænge sammen med lovændringen på dette område i 2011. Enten sådan at brugerne omdefinieres, eller sådan at støtten omdirigeres til delvis at blive anvendt over for nye grupper.

ØKONOMI

Rambøll anfører desuden tal for omkostningerne ved de forskellige ordninger, som ligeledes er hentet i Danmarks Statistik, Statistikbanken. De supplerer disse med oplysninger, de selv har indhentet i kommunerne om, hvor mange procent af udgifterne, der går til mennesker med sindslidelse. Vi har benyttet disse tal til at beregne, hvor meget ydelsen til en person med sindslidelse koster for de fleste af de ordninger, vi betragter i denne undersøgelse. Vi har desuden selv beregnet, hvad ydelsen koster pr. person ud fra oplysninger i Statistikbanken, der bl.a. opgiver ”nettoudgifter” og ”driftsudgifter” på områderne. Her giver brug af nettoudgifter et lavere tal end brug af driftsudgifter, og tallene udregnet på basis af Rambøll-rapporten havner typisk et sted midt imellem. For § 85 er vores tal udregnet på basis af oplysninger i Bengtsson & Røgeskov (2011). Beregningerne vises i tabel 2.2.

TABEL 2.2

Gennemsnitlig pris pr. person pr. år på ydelser til sindslidende i en række ydelser, særskilt for nettopris, Rambølls prisberegning samt driftspris. 2011. Kroner.

Ordning / lovgrundlag	Nettopris	Rambølls pris	Driftspris
Bostøtte SEL § 85	60.000	102.000	-
Beskyttet beskæftigelse SEL § 103	81.000	92.000	126.000
Værested SEL § 104	55.000	62.000	79.000
Midlertidigt botilbud SEL § 107	511.000	611.000	718.000
Længerevarende botilbud SEL § 108	782.000	874.000	1.042.000

Anm.: SEL: Serviceloven, ABL: Almenboligloven. For bostøtte og midlertidigt botilbud angiver Rambøll relativt høje priser.
 Kilde: Beregnet på basis af tal fra Statistikbanken, Nationalregnskab og offentlige finanser, kommunernes regnskaber, REGK53 samt fra Rambøll, 2013.

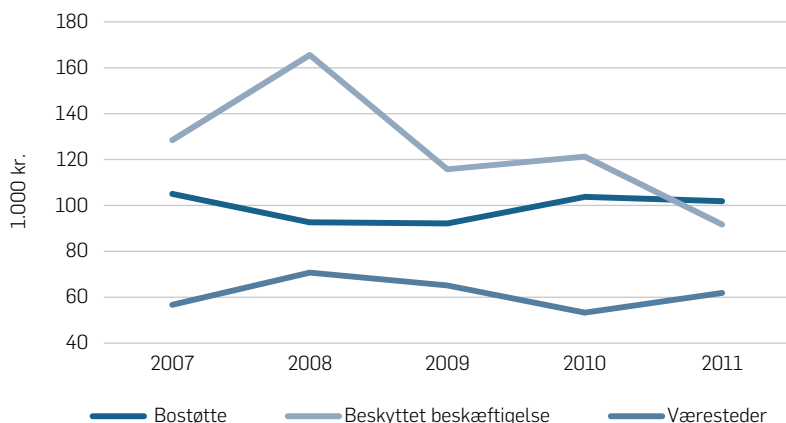
Selv om de viste beregninger ikke helt dækker de kategorier, vi vil benytte, giver de alligevel et klart indtryk af, hvad den prismæssige relation er mellem de forskellige ordninger. Det skal understreges, at det drejer sig om gennemsnitspriser eller anslåede priser, og at de er meget omtrentlige. De er først og fremmest vist for at give indtryk af den betydelige forskel i intensitet, der er mellem botilbud og de øvrige ydelser. Men der er et vidt spænd inden for den enkelte gruppe. De viste tal kan ikke sige noget om,

hvor meget der er sparet, hvis et botilbud bliver erstattet med en bostøtte eller et dagtilbud for en konkret person. I de fleste tilfælde må vi gå ud fra, at en person, der udsluses fra et botilbud, har mere behov for støtte end den gennemsnitlige bruger af bostøtte, værested m.m.

Rambøll (2013) har desuden nogle opgørelser af kommunernes nettodriftsudgifter til ordningerne i perioden 2007-2011 og af antal årsværk (dvs. helårspersoner), der er benyttet til dem i den samme årrække. De sidste tal ligner, men er ikke identiske med, Danmarks Statistiks tal for årsværk. Udviklingen i omkostninger og i personale pr. borger, fremgår ved at sammenholde disse oplysninger med Den Sociale Ressourceopgørelses data om antal personer i ordningerne og for det enkelte år divideret med udgifter for henholdsvis personale og antal brugere.

FIGUR 2.7

Kommunens udgifter til bostøtte, beskyttet beskæftigelse og væresteder til mennesker med sindslidelse pr. sindslidende borger. 2007-2011. 1.000 kroner.



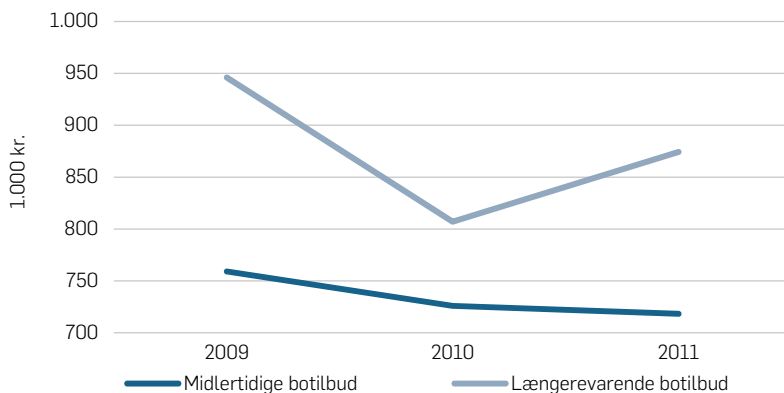
Kilde: Beregnet på basis af tal fra Statistikbanken samt fra Rambøll, 2013.

Udviklingen i omkostninger pr. sindslidende borger og udviklingen i personale pr. sindslidende borger giver nogenlunde samme billede. Vi viser derfor kun førstnævnte. Figur 2.7 viser, at bostøtte og væresteder holder nogenlunde samme pris pr. borger gennem perioden. Figuren viser endvidere, at beskyttet beskæftigelse bliver godt 30 pct. billigere pr. sindslidende borger over de fire år, mens der ikke er nogen udvikling i enhedsomkostningerne til bostøtte.

Figur 2.8 viser, at midlertidige og længerevarende botilbud bliver henholdsvis 5,4 og 7,6 pct. billigere pr. sindslidende borger over de tre år 2009-2011.

FIGUR 2.8

Kommunens udgifter til botilbud til mennesker med sindslidelse pr. sindslidende borger særskilt for varighed af botilbud, 2009-2011. 1.000 kroner.



Kilde: Beregnet på basis af tal fra Statistikbanken samt fra Rambøll, 2013.

Rapporten fra arbejdsgruppe 2 under regeringens psykiatriudvalg gengiver Danmarks Statistiks tal for brugere af ordningerne i årene 2007-2011. Modsat arbejdsgruppe 1 regner arbejdsgruppe 2 personer med sociale problemer med til sindslidende, når det drejer sig om botilbud, men ikke i forbindelse med de andre ordninger. Der kan både argumenteres for at skelne mellem de to grupper, og for at slå dem sammen – det første, fordi der er sindslidelser, som helt klart ikke har relation til sociale problemer, i hvert fald i udgangspunktet, det andet fordi det i mange andre tilfælde vil være vanskeligt at trække en skarp grænse.

Danmarks Statistik samler nogle af sine data fra botilbuddene og er således afhængig af at til stadighed at have en opdateret liste over disse. Hvis de til det formål kun anvender Tilbudsportalen⁶, siger vores erfaring med kortlægning, at der vil mangle et betragteligt antal tilbud og

6. Tilbudsportalen er en platform for tilbud og ydelser, som kan anvendes såvel af sagsbehandlere som af borgere og andre mennesker. "Tilbudsportalen blev lanceret den 1. januar 2007 i forbindelse med kommunalreformen. -7.000 personer bruger hver måned Tilbudsportalen til at finde relevante tilbud. -Tilbudsportalen indeholder oplysninger om ca. 4.100 tilbud og 7.000 ydelser" (Tilbudsportalen, 2013).

dermed et betragteligt antal beboere. Andre tal samler de fra kommunerne. De søger at bestemme antallet af brugere af de forskellige ordninger pr. 1. april, og de betragter en person som sindslidende, hvis denne er visiteret til ordningen som sindslidende. I alle tilfælde har Danmarks Statistik kun antal og mangler de konkrete personnumre.

Som nævnt flere gange har det i denne registerundersøgelse været nødvendigt at definere målgruppen noget anderledes, end Danmarks Statistik har gjort. Vi mener imidlertid, at vi med den benyttede objektive definition kan give en bedre beskrivelse af anvendelsen af de omtalte sociale ordninger over for mennesker med sindslidelser, end hvis vi havde benyttet os af de vurderinger, som sagsbehandlerne i kommunerne lægger til grund for deres afgørelser.

OPSUMMERING

Formålet med projektet er at give en første beskrivelse af gruppen af personer, der modtager de særlige ydelser til mennesker med sindslidelse. Der er i forvejen næsten ingen forskning om denne gruppe, og Danmarks Statistik dækker den kun skitse-mæssigt. Fra 2013 vil der imidlertid ske en registrering af en del af ydelserne i Danmarks Statistik, hvad der vil forbedre vores vidensgrundlag væsentligt.

METODE OG DATAGRUNDLAG

I dette kapitel beskrives undersøgelsens data og metode herunder overordnet, hvordan vores data er indsamlet og konstrueret, samt hvilke metodiske overvejelser der har været i forbindelse med dette arbejde. I dette kapitel behandles også undersøgelsens repræsentativitet og datamaterialets kvalitet.

UNDERSØGELSENS DATAMATERIALE

Denne undersøgelse bygger på en kvantitativ metode med brug af data med oplysninger om kommunernes anvendelse af en række sociale ydelser (beskrevet nærmere i kapitel 2) samt registerdata fra forskellige registre med relevans for undersøgelsens fokus i perioden 2007-2011.

Centralt for undersøgelsen er anvendelsen af det danske CPR-register. Vi har fra kommunerne hentet oplysninger om, hvilke personer der har fået tildelt en eller flere sociale ydelser i årrækken 2007-2011. Kommunerne har således givet adgang til oplysninger om personer, der fra 2007 til 2011 har fået tildelt en social ydelse af kommunen. For at få mere viden om disse personer har vi tilknyttet oplysninger fra en række registre. Det drejer sig om variable fra Danmarks Statistiks registre om blandt andet uddannelse, civilstatus og indkomstniveau, som bruges til at

give en overordnet karakteristik af personer med sindslidelser, der modtager sociale ydelser. Vi har også tilkøbt variable fra Sundhedsstyrelsens registre, herunder Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister⁷, der både anvendes til at afgrænse vores population, således at vi kun undersøger personer med sindslidelser⁸ og til at gøre diagnoser og graden af sindslidelsen tilgængelig vedrørende de personer, vi fra kommunerne har fået oplysninger om.

Undersøgelsen bygger alene på oplysninger fra kommuner og registre, og vi har hverken været i kontakt med de personer, den handler om, disses pårørende eller behandlere for at indsamle data. Datamaterialet ligger på en server i Danmarks Statistik i anonymiseret form.

DATAGRUNDLAG OG DATAKVALITET

Koblingen af oplysninger om personer, der modtager en række sociale ydelser i kommunerne, med variable fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister sker for at afgrænse undersøgelsens population til personer, der har modtaget sociale ydelser og har haft kontakt til det psykiatriske behandlingssystem. Dette giver desuden viden om, hvilke diagnoser personerne har. Det følgende afsnit om undersøgelsens datagrundlag og datakvalitet er derfor opdelt i to dele – først beskriver vi data om kommunernes ydelser i perioden 2007-2011, og dernæst beskriver vi Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister, samt hvordan dette er anvendt i undersøgelsen.

DATA OM KOMMUNERNES YDELSER

Bag undersøgelsen ligger der et betydeligt arbejde med at kontakte kommuner og indsamle data om personer, der modtager sociale ydelser. Dette afsnit beskriver, hvordan datamaterialet om de sociale ydelser, som kommunerne har tildelt i 2007-2011, er indsamlet, og hvilke konsekvenser indsamlingsmetoden har for kvaliteten af data.

Oplysninger fra kommunerne om personer, der har modtaget sociale ydelser, er indsamlet fra to kilder: fra regnskabssystemet KMD samt fra kommunernes egen registrering af ydelser. Først og fremmest

7. For metodespørgsmål i forbindelse med Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister se Laursen m.fl., 2010, Mors m.fl., 2011 og Munk-Jørgensen & Perto, 2000.

8. Definition og afgrænsning af undersøgelsens population vil blive beskrevet mere uddybende i afsnittet om undersøgelsens population, der ses sidst i dette kapitel.

har vi indhentet oplysningerne gennem regnskabssystemet KMD Børn og Voksne, der blandt andet bruges til økonomisk administration på det specialiserede socialområde.⁹

Cirka halvdelen af landets 98 kommuner benytter KMD til registrering af sociale ydelser, og vi har i disse tilfælde henvendt os til kommunerne for at få lov at indhente de relevante oplysninger fra KMD, hvilket langt de fleste kommuner har givet os tilladelse til. Oplysningerne fra KMD er indhentet i januar 2012. De er opbygget således, at hver enkelt sag er registreret med CPR-nummer og juridisk grundlag for ydelsen samt oplysninger om udbetalinger til borgeren. Dette har givet os mulighed for at anvende KMD's udtræk som primær kilde til data om kommunernes tildeling af ydelser.

Idet undersøgelsens hensigt er at beskrive sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder i *kommunerne* i 2007-2011, ønskede vi at dække så mange kommuner som muligt. Vi valgte derfor at kontakte de kommuner, fra hvem vi ikke havde fået oplysninger fra KMD, og bad dem om de nødvendige oplysninger. Dette materiale blev primært indsamlet fra 15. september til og med december 2012 ved telefonisk kontakt til kommunerne.

Hvor KMD-dataudtrækket viste sig at have "datahuller", har vi indhentet data fra kommunernes egne registreringer. Et "datahul" kan fx være, at der for en given kommune mangler registreringer af en given ydelse et givet år, eller det kan være, at der for et år er påfaldende få registreringer af en bestemt ydelse. Ingen kommuner har leveret "fuldkomne" data, idet der for alle kommuner enten har manglet oplysninger for en af de relevante ydelser i hele perioden eller for et enkelt år, men kombinationen af de to datakilder har med få undtagelser dækket disse huller.¹⁰ Datagrundlaget kan variere mellem kommunerne, idet kommunekontorerne ikke registrerer ydelserne ens. Det kan eksempelvis variere, om en kommune registrerer en given ydelse eller ej, og om ydelsen bliver regi-

9. <http://www.kmd.dk/da/loesninger/Kommune/Specialiserede-socialomraade/born-og-voksne/Pages/default.aspx>.

10. Det er her vigtigt at nævne, at datasættet i kombinationen af KMD-udtrækket og kommunernes egne registreringer stadig indeholder enkelte "huller" eller betænkeligt lave registreringer, hvor en kommune et givet år fra 2007-2011 har et påfaldende lille antal personer, der modtager en bestemt ydelse. Det kunne for eksempel være, at en kommune i 2007 havde et højt antal personer, efterfulgt af et påfaldende lavt antal personer i 2008, mens antallet af personer i 2009-2011 lignede niveauet i 2007. I analyserne af kommunens niveauer har vi i et sådant tilfælde valgt ikke at lade personerne for 2008 indgå i analysen, idet de ville udviske eller forstærke nogle sandsynligvis ikke-eksisterende forskelle i kommunens ydelsesniveau i perioden.

streret sammen med en anden ydelse, så det ikke fremgår i data, om der er tale om den ene eller den anden ydelse. I de tilfælde hvor to ordninger er registreret under ét, fx hvor to ydelser anvendes samtidig til borgeren, og vi ikke har fået andre oplysninger fra kommunen, har vi set bort fra disse data og betragtet disse ordninger som ubelyste.

I enkelte tilfælde ser det ud til, at en kommune et år har foretaget en flytning af et stort antal borgere fra § 83 til § 85 eller omvendt, eller mellem §§ 107, 108 og ABL 105. Det drejer sig om ydelser, der ligner hinanden meget, og som i mange tilfælde vil kunne anvendes til de samme formål. I de vigtigste analyser anvender vi af samme grund kategorier, hvor disse ordninger bliver slået sammen. Den form for revision af tildelingssystemet i en kommune får derfor kun indflydelse på analyserne, når disse drejer sig om brugen af enkeltparagraffer.

Ved at kombinere oplysningerne fra KMD med kommunernes egne registreringer har vi konstrueret et datasæt, der gør det muligt at analysere anvendelsen af en række sociale ydelser i en 5-årig periode efter kommunalreformen, hvilket ikke hidtil har været muligt. Data brugt i denne undersøgelse dækker som beskrevet i kapitel 2 ydelserne efter §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 i serviceloven (SEL) samt efter § 105 i almenboligloven (ABL).¹¹

PSYKIATRISKE DATA

Udgangspunktet for denne kortlægning af den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser er data om brugere af en række ydelser i serviceloven og almenboligloven. Idet godt halvdelen af landets kommuner anvender regnskabssystemet KMD Børn og Voksne, hvor den enkelte borgers brug af de fleste handicaprelaterede ydelser fremgår, har det været muligt for os at supplere med oplysninger direkte fra en række kommuner og få et datasæt, der giver en rimelig repræsentation af dette forhold.

Vi vil belyse emnet på basis af brugen af §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 i SEL og 105 i ABL. Udfordringen i den forbindelse er, at de nævnte ydelser ikke alene benyttes til mennesker med sindslidelse, men også til mennesker med udviklingshæmning og til mennesker med sociale problemer. Det bliver i reglen forstået på den måde, at sagsbehandleren

11. Vi modtog i nogle tilfælde oplysninger fra både KMD og kommunerne om personer, der har modtaget andre ydelser end disse, som fx. ydelserne efter SEL §§ 84, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 109 samt 110. Vi har dog valgt ikke at inkludere disse ydelsesformer i denne undersøgelse, da datagrundlaget for disse ydelser viste sig for utilstrækkeligt til, at vi kunne udføre analyser på det.

anvender et af disse begreber i sin begrundelse for ydelsen. Kommunen har dog ikke altid registreret, hvilken begrundelse der er valgt, og den er ikke med i de data, vi har adgang til.

Vi har ikke haft adgang til kommunernes begrundelser for deres visitation og har derfor heller ikke kunnet anvende dem. Vi mener imidlertid heller ikke, at begrundelsen for visitation er det bedste grundlag for en beskrivelse af, hvordan sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder bliver benyttet af mennesker med sindslidelse. Kommunerne kan have forskellige måder at vurdere på, og vurderingen kan være forskellig for ordningerne – det sidste tyder tallene i tabel 3.2, som vises længere fremme på. Derfor har vi anvendt Det Centrale Psykiatriske Forskningsregister til at afgrænse populationen til at bestå af borgere, der modtager en af de nævnte sociale ydelser, og som har eller har haft kontakt med det psykiatriske behandlingssystem.

Der er tale om to helt forskellige afgrænsninger af gruppen. På den ene side er kommunernes definition, som bygger på en vurdering af borgerens behov for en bestemt ydelse, evt. men ikke nødvendigvis på baggrund af en stillet psykiatrisk diagnose. På den anden side findes den medicinske vurdering, som handler om sindslidelse og ligger bag en psykiatrisk behandling og den diagnose, der bliver stillet i løbet af den . Ved at kombinere disse to afgrænsninger får vi, at gruppen af borgere, som modtager sociale ydelser kun inkluderes, hvis de også har fået stillet en psykiatrisk diagnose. Denne metode giver det bedst mulige billede af de sociale ydelser, der specielt retter sig til mennesker med sindslidelse.

Denne afgrænsning og argumentation for at vælge denne form for afgrænsning er beskrevet i flere detaljer nedenfor i afsnittet om undersøgelsens population.

UNDERSØGELSENS POPULATION

Denne undersøgelses population er personer i alderen 18-64 år, der er brugere af en social ydelse med gruppen af sindslidende som målgruppe i en kommune i perioden 2007-2011, og som optræder i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister på et tidspunkt i deres levetid.

I forbindelse med sociale ydelser i kommuner indeholder lovgivningen en skelnen mellem *handlekommune* og *betalingskommune*, som dog blev ændret i 2010. Betalingskommune er den kommune, som oprindeligt tildeler borgeren en ydelse, som fx kan være et botilbud, der ligger i en anden kommune. Den anden kommune bliver dermed borgers nye

hjemkommune og dermed indtil 2010 også handlekommune, dvs. den kommune, der tager nye afgørelser i sagen. Fra august 2010 kan betalingskommunen imidlertid vælge fortsat at være handlekommune.

I de fleste tilfælde er handlekommune og betalingskommune den samme, og her er det uproblematisk at afgøre, hvilken kommune borgeren hører til. I de tilfælde, hvor der er forskel, har vi valgt at anbringe borgeren efter betalingskommune. Det har vi gjort, fordi det er den kommune, der oprindeligt har besluttet, at borgeren skal omfattes af den aktuelle sociale ydelse. Betalingspligten varer, så længe borgeren har ophold i et botilbud, som betalingskommunen har tildelt.

Som nævnt har vi opdelt brugerne af de forskellige ydelser i sindslidende og andre, idet vi har benyttet forekomst i Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister som indikator på, om en person har en sindslidelse. Borgerne kan have været behandlet ambulant, på skadestue eller indlagt engang i perioden 1995-2011. Borgerne kan have været behandlet på et hvilket som helst tidspunkt før, under eller efter modtagelse af en eller flere kommunale ydelser.

Vi kan således have borgere med, som kommunen har visiteret som fysisk handicappede eller socialt belastede, ligesom vi kan have undladt personer, som kommunen har visiteret som sindslidende, selv om de ikke har været indlagt eller ambulant behandlet.

Til at afgrænse gruppen yderligere medtager vi kun personer med diagnoser, der ligger inden for bestemte diagnosegrupper, klassificeret efter WHO's ICD-10-kategorier¹² F00-F69, som dækker psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Vi har således medtaget organiske psykiske lidelser (F0), psykiske lidelser forårsaget af misbrug (F1), skizofreni m.m. (F2), affektive sindslidelser som fx depression (f3), nervøse symptomer (F4), spiseforstyrrelser m.m. (F5) og personlighedsforstyrrelser (F6). Vi har ikke medtaget udviklingshæmning (F7), autisme m.m. (F8) og emotionelle forstyrrelser fra barndommen (F9).

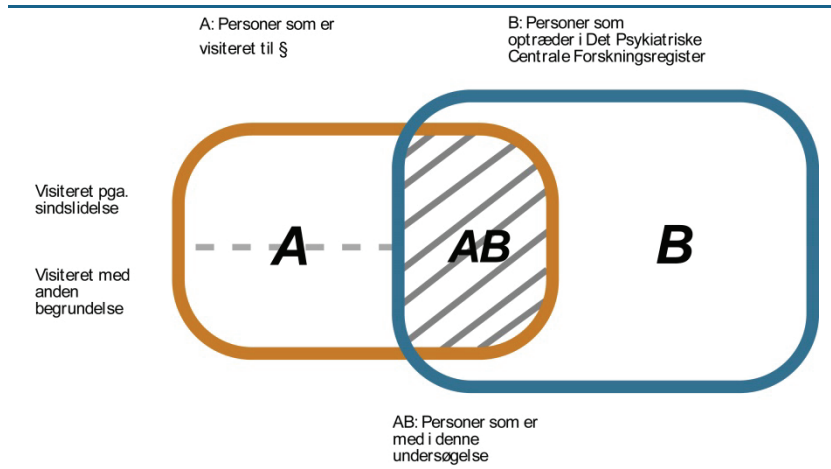
Figur 3.1 viser forholdet mellem de personer, som er med i denne undersøgelse og den gruppe, som kommunerne har visiteret med baggrund i sindslidelse. Fælles for de to grupper er personer, der repræsenteres ved området a på figuren. Kommunerne har desuden personerne i området c med, skønt de ikke har været indlagt. Denne undersøgelse har desuden personerne i b med, som har været indlagt, men som kommunen har visiteret som personer med sociale problemer eller som per-

12. Kapitel 4 uddyber WHO's International Classification of Diseases, ICD-10.

soner med udviklingshæmning. Den sidstnævnte gruppe, borgere med både sindslidelse og udviklingshæmning, er således med i denne rapports målgruppe, men vil nok i de fleste tilfælde af kommunen være visiteret på baggrund af udviklingshæmning. Vi kommer ind på størrelserne af disse grupper i forbindelse med tabel 3.2.

FIGUR 3.1

Beskrivelse af undersøgelsens analyseudvalg i Venn-diagram. Det skraverede felt, a og b, viser den gruppe, som er med i denne undersøgelse, mens a og c er den gruppe, kommunen har visiteret som sindslidende til ydelse.



PSYKIATRISKE DIAGNOSER OG KONTAKTER

Data fra Det Centrale Psykiatriske Forskningsregister anvendes i nogle af analyserne desuden til at undersøge alvorligheden af borgernes sindslidelser. I den forbindelse opstiller vi et kategoriseret hierarki af diagnoser og kontakter med det psykiatriske behandlingssystem. Dette hierarki er lavet med inspiration fra SFI's undersøgelse om danske hjemvendte soldater (Lyk-Jensen m.fl., 2012).

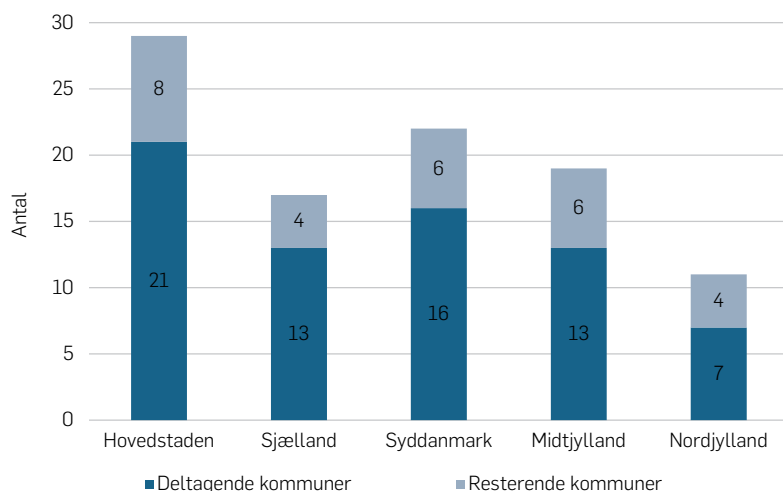
Greve (2012) benytter flere forskellige metoder til at dele sindslidelser op i lettere og mere alvorlige lidelser og finder på grundlag af dem meget store forskelle på, hvor mange mennesker der lider af svære sindslidelser. Alle metoder har den mangel, at de sammenligner sindslidelser på parametre, som på mange måder er usammenlignelige, og man kan derfor ikke sige, at den ene metode er bedre end den anden. Vi har valgt at holde os til et mål, som SFI tidligere har anvendt.

REPRÆSENTATIVITET

Vi har data fra i alt 70 kommuner. Fra KMD har vi modtaget oplysninger fra 52 kommuner, og på baggrund af telefonisk henvendelse til kommunerne har vi indsamlet oplysninger fra 23 kommuner, som ikke benytter KMD og fra 11 kommuner, hvor vi har ønsket at supplere KMD-oplysningerne for enkelte år og ordninger. I alt har vi således fået data direkte fra 34 kommuner.

FIGUR 3.2

Kommuner fordelt efter, om undersøgelsen har data fra dem, særskilt for region. Antal.



Kilde: Data fra undersøgelsen.

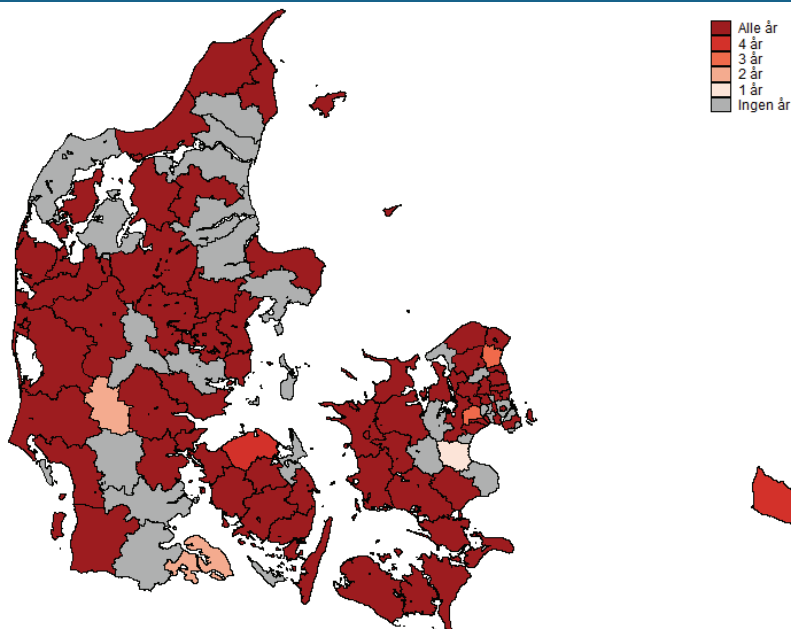
Repræsentativiteten og dækningen i undersøgelsen er ganske god. Vi har i alt data fra 70 kommuner, hvilket er 71 pct. af kommunerne, dog ikke i alle år. Hvor de er dårligst dækket er der data fra 66 kommuner eller 67 pct. Kommunerne fordeler sig jævnt over landet – fordelingen af kommuner på regioner i figur 3.2 viser en jævn geografisk fordeling. Sjælland er en smule bedre repræsenteret end de øvrige regioner. Svarprocenten er på over 63 for alle regioner. Svarprocenten er knap 74 pct. i Østdanmark og 69 pct. i Vestdanmark.

De mørkerøde kommuner i figur 3.3 er med alle fem år, de lysere nuancer er med i henholdsvis 4, 3, 2, og 1 år. Her visualiseres, at de

fleste bortfaldskommuner primært er at finde i Jylland. Forskellen er dog mindre end figuren giver indtryk af, idet bortfaldet er på 31 pct. i Jylland-Fyn og 26 pct. på Sjælland.

FIGUR 3.3

Kommuner, som undersøgelsen har data fra med angivelse af antal år, der er data fra.



Kilde: KMD, kommuner, egne beregninger.

Bortfaldet er størst for kommuner med et lavt befolkningstal. Blandt de ti kommuner med lavest befolkningstal har vi kun observationer fra fire. Fanø, Ærø og Samsø kommune er således ikke repræsenteret. Blandt landets ti største kommuner har vi oplysninger fra syv. Repræsentationen er derimod mere lige set i forhold til befolkningstæthed. Af de ti tættest befolkede kommuner i Danmark (i 2007) har vi data fra seks kommuner. Af de ti kommuner med lavest befolkningstæthed har vi oplysninger fra otte kommuner¹³.

De største ikke-repræsenterede kommuner tæller København, Aalborg og Randers. Kommunerne Aarhus, Odense og Frederiksberg er

13. Opgjort på basis af kommunale nøgletal, Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013.

dog med, ligesom de fleste kommuner omkring København. Men da København er den klart største kommune og storby i landet, kan der meget vel være tale om helt særlige forhold her, som vi ikke er i stand til at belyse med dette materiale.

Tabel 3.1 viser, at det højeste antal repræsenterede kommuner er 68 for 2010, mens laveste er 66 for 2007 og 2008. I alt er 70 forskellige kommuner repræsenteret i mindst ét år, mens 67 kommuner er repræsenteret i alle fem år. Selv om der er data for en kommune et år, kan der dog godt mangle oplysninger for en enkelt ydelse. Det betyder, at nogle af analyserne i denne rapport, som bygger på flere ydelser i mere end ét år, kommer til at bygge på data fra et færre antal kommuner.

TABEL 3.1

Kommuner, som undersøgelsen har data fra, særskilt for år. 2007-2011. Antal.

2007	2008	2009	2010	2011	Repræsenterede kommuner i alt
66	66	67	68	67	70

METODISKE OVERVEJELSER OM DATAKVALITETEN

En sammenligning med tal fra Danmarks Statistik giver, at vores tal for 2011 stemmer rimeligt godt overens med Danmarks Statistiks tal for samme år, hvad angår brugere af SEL § 85 og § 104, at der er en forklarlig afvigelse, hvad angår SEL § 103, mens der er en betragtelig og ret uforklarlig afvigelse, hvad angår SEL § 107 og § 108. Danmarks Statistik opgør brugere pr. 1. april det enkelte år, mens vi medtager alle borgere, der har benyttet ordningen i løbet af året. Vores tal bør derfor være lidt højere end de tilsvarende tal fra Danmarks Statistik.

Danmarks Statistik rapporterer ca. 15.000 sindslidende brugere af § 85 (bostøtte i eget hjem) i 2011, hvor vi finder 16.150 og dermed 8 pct. flere. Det stemmer fint med det antal, der kommer til i løbet af året og dermed med den forskellige måde at opgøre tallene på. For § 104 (aktivitets- og samværstilbud, ofte væresteder) finder Danmarks Statistik ca. 8.000 sindslidende, hvor vi finder 6.630 og dermed 17 pct. færre. Her er tallene lidt længere fra hinanden, men stadig i samme størrelsesorden, og værested er formentlig også en ordning, som borgerne relativt sjældent går til og fra.

For § 103 (beskyttet beskæftigelse) finder Danmarks Statistik ca. 2.200 sindslidende i 2011, hvor vi finder 3.400 og dermed 55 pct. flere, en ret stor forskel. Vi har imidlertid i forbindelse med andre projekter (Bengtsson & Mateu 2009) erfaret, at sindslidende ofte er i beskyttet beskæftigelse for perioder, der er mindre end et år, undertiden meget mindre. Det er derfor ikke usandsynligt, at det antal, der bruger ordningen i løbet af et år, er en halv gang større end antallet pr. 1. april.

For § 107 (midlertidigt botilbud) finder Danmarks Statistik ca. 1.800 sindslidende i 2011, hvor vi finder 3.808 og dermed 112 pct. flere. Det er vanskeligt at forstå, for så hurtig er udslusningen fra midlertidige botilbud ikke. En mulig forklaring på en lille del af forskellen er, at vi har den gruppe borgere med, som Danmarks Statistik betegner som brugere (og ikke beboere) af botilbuddene. Det drejer sig dog kun om 5 pct.

For § 108 (længerevarende botilbud) finder Danmarks Statistik ca. 2.400 sindslidende i 2011, hvor vi finder 4.454 og dermed 86 pct. flere. Det er endnu vanskeligere at forstå, for udslusningen fra længerevarende botilbud er mindre end for midlertidige. Her er en brugergruppe på maksimalt 12 pct. Det er dog værd at bemærke, at forskellen mellem de to opgørelser for § 107 og § 108 er af nogenlunde samme størrelsesorden.

Vi har også forsøgt at foretage en anden form for kontrol af vores tal, idet vi har fundet nogle enkelte kommuner, hvor vi kan sammenligne vores tal med kommunens egen opdeling af grupperne i mennesker med sindslidelse og andre mennesker.

Tabel 3.2 viser to kommuners tal for tildelte ydelser i 2011, opdelt efter sindslidende, personer med fysiske handicap og personer med andre lidelser eller udsathed samt vores data bestående af kommunernes kumulerede tal samt CPR-numre fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister. En sammenligning viser, at der er stor variation i antallet af borgere, som blev visteret til sociale tilbud på baggrund af en sindslidelse og antallet af borgere, som blev visiteret til sociale tilbud, og som havde været i kontakt med behandlingspsykiatrien. Sammenligning af vores tal for borgere med sindslidelse og kommunens tal for borgere, som er visiteret på grund af sindslidelse, for den enkelte ydelse fremgår af tabel 3.2.

TABEL 3.2

Antal borgere på 18-64 år, som undersøgelsen medtager som sindslidende, og som kommunen har visiteret pga. sindslidelse, samt alle modtagere af ydelsen i kommunen, særskilt for ydelse efter paragraf og for to kommuner. Antal.

Serviceloven, paragraf	Kommune A			Kommune B		
	Gruppen med sindslidelse efter vores definition	Gruppen som kommunen har visiteret på grund af sindslidelse	Alle modtagere af ydelsen i kommunen	Gruppen med sindslidelse efter vores definition	Gruppen som kommunen har visiteret på grund af sindslidelse	Alle modtagere af ydelsen i kommunen
§ 85	447	347	697	50	49	101
§ 103	142	66	464	6	1	25
§ 104	371	104	945	8	3	28
§ 105	279	188	564			
§ 107	74	56	222	11	9	23
§ 108	133	143	394	14	10	35

Anm.: Der forefindes ingen oplysninger om Kommune B's anvendelse af serviceloven § 105, hvorfor denne er udeladt.

Regler for datasikkerhed har forhindret, at vi sammenligner vores opdeling af brugere af den enkelte ydelse i den enkelte kommune med kommunens opdeling, men det har været muligt at sammenligne de samlede tal. Vi fandt flere borgere, når kommunernes kumulerede data blev koblet med data fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

Alt i alt viser de nævnte optællinger og de store forskelle mellem dem, at området er meget dårligt belyst. Der findes ikke engang en pålidelig statistik over, hvor mange mennesker der modtager sociale ydelser, som er rettet til mennesker med sindslidelse og slet ikke nogen forskning. Det kan undre i betragtning af, at det drejer sig om et betydeligt udgiftsområde.

OPSUMMERING

Undersøgelsen benytter sig af data fra økonomisystemet KMD Børn og Voksne, som godt halvdelen af kommunerne benytter, og som i princippet indeholder data på individniveau om benyttelsen af de fleste ydelser i serviceloven og forskellige andre love med relation til handicap. Disse data har vi suppleret med data fra de øvrige kommuner, således at vi i alt har oplysninger fra mere end tre fjerdedele af kommunerne.

Der er imidlertid en del ”huller” i disse data. Enkelte kommuner mangler for enkelte år at indberette til KMD, enten i det hele taget eller for en enkelt ydelse. Disse huller har vi forsøgt at udfylde ved at henven-

de os til den enkelte kommune, men i en del tilfælde har kommunen ikke kunnet hjælpe os med at fylde dem ud. Vi har ikke forsøgt at kompensere for dem med imputation, men gør opmærksom på i det enkelte tilfælde, hvis et resultat kan være præget af et datahul.

Ydelserne henvender sig ikke kun til mennesker med sindslidelse, men også til mennesker med udviklingshæmning, sociale problemer m.m. Vi har benyttet Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister til at skille mennesker med sindslidelse fra. Dermed har vi fået en anden definition af fænomenet sociale ydelser til personer med sindslidelse, end hvis vi havde haft kommunernes visitationer. Der er imidlertid grund til at tro, at vores definition giver et bedre billede af, hvordan de særlige sociale ordninger tilgodeser mennesker med sindslidelse.

PERSONPROFILER

Dette kapitel betragter karakteristika for gruppen af mennesker med sindslidelser, som modtager sociale ydelser. Først præsenteres de anvendte diagnosegrupper, og derefter viser vi, hvordan personerne fordeler sig på disse diagnoser. Dernæst præsenterer vi en opdeling i seks kategorier af modtagerne af ydelser, som vi vil anvende i dette og de følgende kapitler til at give et samlet overblik. Her benytter vi denne opdeling til at opstille personprofiler, som beskriver gruppen.

DIAGNOSEGRUPPERNE

I det følgende beskriver vi de diagnoser, som undersøgelsens population har været i behandling for i psykiatrien i perioden 1994-2012. Vi danner et hierarki (tabel 4.1) til at definere, hvilke diagnoser vi anser for i almindelighed at være mest alvorlige og anvender den højest rangerede diagnose for hver person til at karakterisere dennes sindslidelse. Hierarkiet er som nævnt dannet med inspiration fra Lyk-Jensen m.fl. (2012) og på baggrund af WHO's International Classification of Diseases (ICD-10).

TABEL 4.1

Psykiatriske diagnoser, som anvendes i undersøgelsen, efter hierarki.

Diagnosegruppe	Beskrivelse
F00-09	Organiske psykiske lidelser
F20	Skizofreni
F21-29	Skizofrenilignende lidelser
F30-39	Affektive lidelser
F40-49	Nervøse lidelser
F50-59	Adfærdsforstyrrelser
60-69	Personlighedsforstyrrelser
F10-19	Lidelser og forstyrrelser forårsaget ved brug af psykoaktive stoffer
Ingen F-diagnose	Andre diagnoser i det Psykiatriske Centrale Forskningsregister

Anm.: Diagnoseerne F70-F99 medtages ikke i denne undersøgelse. For uddybning heraf se kapitel 3, Psykiatriske data.

Kilde: Lyk-Jensen mfl. (2012).

Gruppen af sindslidende udgøres i denne undersøgelse af personer med en eller flere kontakter med psykiatrien for diagnoserne F00-F69 i perioden 1994-2012.¹⁴ For at kunne karakterisere hver person med hensyn til alvorsgraden i dennes sygdom har vi defineret personens sværeste lidelse i nævnte periode som personens niveau for sygdom. Det betyder imidlertid, at en person kan have haft en alvorlig lidelse på et tidligere tidspunkt og senere modtage en ydelse på baggrund af andre faktorer, hvilket denne afgrænsning ikke tager højde for.

FORDELINGER AF PERSONER MED SINDSLIDELSER

Det følgende afsnit giver en oversigt over personer, der modtager en eller flere ydelser i perioden 2007-2011 fordelt på registrerede diagnoser.

Tabel 4.2 viser, at knap 30 pct. af undersøgelsens population lider af skizofreni og udgør derved den største diagnosegruppe. Gruppen af personer med affektive lidelser (som eksempelvis bipolar affektiv sindslidelse, depression mv.) udgør den næststørste gruppe med næsten 22 pct. af alle personer med sindslidelser, som i 2007-2011 modtager en eller flere af de omtalte sociale ydelser. Også gruppen af personer med nervøse sindslidelser (angst, fobi, traume mv.) udgør en relativt stor gruppe på omtrent 15 pct.

14. ICD-10 blev indført i Danmark i 1994 og sammenligning med tidligere diagnoseklassifikationer er ikke hensigtsmæssig, hvorfor der afgrænses til perioden efter 1.1.1994 (Munksgaard, 2012).

TABEL 4.2

Personer i alderen 18-64 år, der har fået en social ydelse i 2007-2011 og på et tidspunkt mellem 1994-2012 har fået en diagnose i det psykiatriske behandlingssystem, fordelt efter diagnosegruppe. Procent.

Diagnosegruppe	Beskrivelse	Andel, procent	Antal
F00-09	Organiske psykiske lidelser	10,91	3.060
F20	Skizofreni	29,63	8.306
F21-29	Skizofrenilignende lidelser	9,91	2.779
F30-39	Affektive lidelser	21,75	6.099
F40-49	Nervøse lidelser	15,39	4.314
F50-59	Adfærdsforstyrrelser	0,98	274
F60-69	Personlighedsforstyrrelser	3,35	940
F10-19	Pga. alkohol eller stofbrug	5,04	1.412
Ingen F-diagnose	Andre diagnoser	3,04	853
I alt		100	28.037

Anm.: N = 28.037.

Kilde: KMD, kommuner, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og egne beregninger.

Hvis vi sammenligner fordelingen af personer i denne undersøgelse med hensyn til diagnoser med fordelingen af personer for hele befolkningen i 2011, finder vi en stor forskel i andelene for de forskellige diagnosegrupper. Psykoser forekommer meget oftere i denne undersøgelse, end de gør i Det Centrale Psykiatregister generelt.

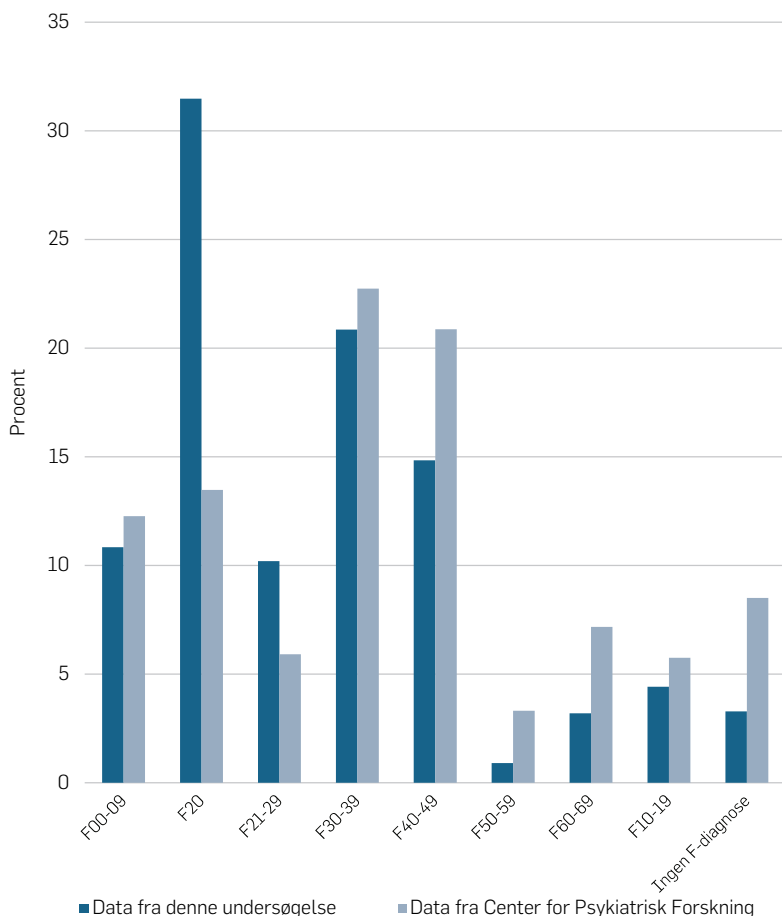
Figur 4.1 viser en sammenligning af: a) personer fra denne undersøgelse, der har fået en ydelse i 2011, og som i 1994-2012 har fået en diagnose i det psykiatriske behandlingssystem og b) samtlige personer, der har været i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen (heldøgn, ambulant, skadestue) i 2011, begge grupper fordelt på aktionsdiagnose.¹⁵ Den største forskel ses i andelene af personer med skizofreni. Der er i vores undersøgelse en markant højere andel af personer med skizofreni end den samlede andel for hele landet.

Den markante overrepræsentation af personer med skizofreni (F20) eller skizofrenilignende lidelser og psykoser (F21-29) samt underrepræsentationen af angstlidelser (F40-49) tegner et billede af, hvilke personer der i højere grad modtager sociale ydelser blandt sindslidende.

15. Det er væsentligt at bemærke, at tallene fra vores undersøgelse ikke er direkte sammenlignelige med tallene fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

FIGUR 4.1

Personer på 18-64 år, der er blevet behandlet for en diagnose¹ i det psykiatriske sygehusvæsen i 1994-2012 og har modtaget særlige sociale ydelser i 2011, fordelt efter diagnose, særskilt for datakilde. Procent.



Anm.: N = 18.329 (denne undersøgelse), N= 105.542 (Center for Psykiatrisk Forskning).

1. Se tabel 4.2 for forklaring af diagnosekoder.

Kilde: KMD, Kommuner, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og egne beregninger.

Figur 4.1 viser, at der er relativt flere personer med svære lidelser blandt modtagere af sociale ydelser. Tabel 4.2 viser til gengæld, at gruppen med psykoser og gruppen med ikke-psykotiske sindslidelser, som modtager sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder, er

nogenlunde lige store. Vi finder et lignende resultat i SHILD¹⁶. Her oplyser 3 pct. af befolkningen mellem 16 og 64 år, at de har en svær psykisk lidelse og 6 pct., at de har en lettere psykisk lidelse. Selv om en svær psykisk lidelse belaster mere end en lettere, er der så mange flere mennesker med let psykisk lidelse, at gruppen med lettere psykisk lidelse udgør et lille flertal af dem, der har problemer med at strukturere deres hverdag og ikke kan klare almindelige økonomiske anliggender i hverdagen.

I det følgende kigger vi nærmere på, hvordan de forskellige diagnosegrupper fordeler sig i forhold til disse ydelser, som ligeledes betragtes som mindre eller mere intensive.

DIAGNOSER OG YDELSER

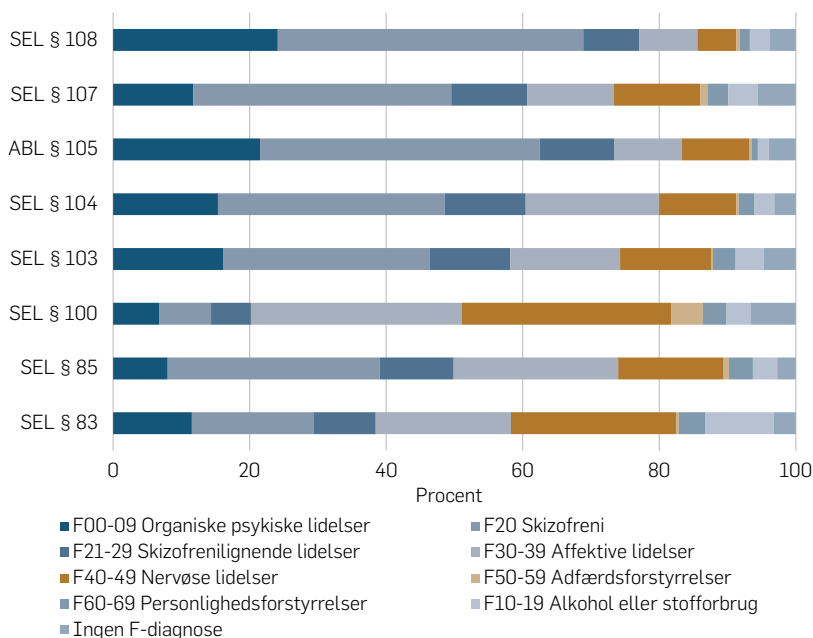
I dette afsnit ser vi på, hvordan modtagerne af sociale ydelser tildelt efter serviceloven §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 og almenboligloven § 105 fordeler sig på diagnosegrupper. Figur 4.2 viser fordelingen på de otte diagnosegrupper for hver ydelse i 2011.¹⁷ Figuren viser, at ydelserne har hver sin forskellige brugerprofil. Ydelsen hvori gruppen af personer med skizofreni (F20) udgør den proportionalt største andel, er i SEL § 108, som er permanente botilbud. Her udgør gruppen næsten 45 pct. Til sammenligning findes blandt de mindre intensive ydelser, såsom SEL § 100 (kontante ydelser) og SEL § 83 (hjemmehjælp) en meget lille andel personer med skizofreni. Personer med nervøse lidelser eller angst (F40-49) udgør en større andel af brugerne af de mindre intensive ydelser (henholdsvis 24 og 30 pct. for SEL §§ 83 og 100), hvor de til sammenligning med permanente bosteder (SEL § 108) kun udgør knap 6 pct.

16. Damgaard, Steffensen & Bengtsson (2013).

17. Grundet meget lidt variation mellem årene 2007-2011, vises kun figuren for 2011.

FIGUR 4.2

Personer på 18-64 år med sindslidelse, der modtager en social ydelse, fordelt efter diagnose¹, særskilt for ydelse. 2011. Procent.



Anm.: SEL § 83: N = 1.196, SEL § 85: N = 9.963, SEL § 100: N = 822, SEL § 103: N = 2.125, SEL § 104: N = 4.081, ABL § 105: 576, SEL § 107: 2.089, SEL § 108: 2.471.

1. Se tabel 4.2 for forklaring af diagnosekoder og tabel 2.1 for forklaring af paragraffer.

Kilde: KMD, kommuner, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister og egne beregninger.

Variationen i fordelingen af diagnosegrupper for de forskellige sociale ydelser viser, at der er stor forskel på de grupper af mennesker med sindslidelser, der modtager forskellige ydelser. Botilbud benyttes primært af personer med skizofreni og psykoser, mens kontante ydelser og støtteordninger alene i højere grad gives til personer med angst, depression eller bipolar sindslidelse. I forlængelse heraf forventes det, at en ændring i tildelingen af ydelser til en person må være i overensstemmelse med en tilsvarende ændring i personens behov. Dette undersøges i kapitel 7 ved at betragte den enkelte borgers ændringer i ydelser over tid.

KATEGORIERNE

I det følgende har vi opdelt alle personer i populationen i seks ydelseskategorier, som er dannet med baggrund i, hvor høj grad af støtte over for sindslidelsen ydelserne er udtryk for. Med dette hjælpemiddel vil vi give en beskrivelse af, hvordan kommunen griber den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse forskelligt an. De seks ydelseskategorier ses nedenfor i tabel 4.3.

Inddelingen er foretaget sådan, at en person et år kun kan falde i én kategori, dvs. for det enkelte år foreligger det matematikken kalder for en klassedeling. Den, der et år har en form for botilbud (SEL §§ 107, 108, ABL § 105) *plus* et dagtilbud (SEL §§ 103, 104) er det år med i kategori 6. Den, der et år har en form for botilbud, men ikke noget dagtilbud, hører til kategori 5. Personer, der ikke får nogen form for botilbud, men som et år får et andet af de tilbud, vi her taler om, hører dermed det år til en af kategorierne 1-4. Dem fordeler vi som følger:

Den, der et år har en støtteperson (SEL §§ 83, 85) plus et dagtilbud (SEL §§ 103, 104) hører det år til kategori 4. Den, der et år har en støtteperson, men ikke noget dagtilbud, hører til kategori 3. Den, der et år har et dagtilbud, men ikke nogen støtteperson, hører til kategori 2. Den, der et år får dækket merudgifter, men ikke modtager nogen af de andre ydelser, hører det år til kategori 1.

TABEL 4.3

De ydelseskategorier, undersøgelsen anvender.

Ydelseskategori	Paragraf	Kort beskrivelse af ydelse
Kategori 1: Kontant dækning	SEL 100	Merudgifter for personer med varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
Kategori 2: Dagtilbud	SEL 103	Beskyttet beskæftigelse
Kategori 3: Støtteperson	SEL 104	Væresteder
	SEL 83	Hjemmehjælp
	SEL 85	Bostøtte
Kategori 4: Støtteperson + dagtilbud	SEL 103-104	Kombination af støtteperson (hjemmehjælp og/eller bostøtte) og dagtilbud (beskyttet beskæftigelse og/eller værested).
	SEL 83	
	SEL 85	
Kategori 5: Bosted	SEL 107	Midlertidige botilbud til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
	SEL 108	Længerevarende botilbud til personer med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne
	ABL 105	Bofællesskaber
Kategori 6: Bosted + dagtilbud	SEL 107-108	Kombination af bosted (midlertidige og længerevarende botilbud samt bofællesskaber) og dagtilbud
	ABL 105	(beskyttet beskæftigelse og/eller væresteder).
	SEL 103-104	

Med de gennemsnitlige priser for ydelser, som vi tidligere har beregnet, koster en ydelse i almindelighed og i gennemsnit mere, jo højere kategori der er tale om. Vi skal pointere, at der er tale om størrelsesordener og gennemsnit, ikke om tal, man kan addere eller subtrahere. De kan ikke karakterisere den enkelte person, men de kan godt bruges til at sige noget om en gruppe.

Ved konstruktionen af kategori 5 og 6 har vi ikke taget hensyn til, om der er en bevilling til bostøtte efter § 85 eller ikke. Baggrunden herfor er af noget teknisk karakter, men skal alligevel forklares her: Sagen er, at §§ 107 og 108 administreres forskelligt af kommunerne. Der er i alle tilfælde tilknyttet personale. Men mens nogle kommuner konterer personalet på §§ 107 og 108, vælger andre kommuner at kalde det § 85-støtte til den enkelte beboer. Det siger derfor intet om det reelle omfang af støtte, om en person i botilbud får bostøtte efter § 85 eller ej.

Kategorierne er konstrueret således, at hver borger med støtte et givet år falder i én og kun én af de seks kategorier. Personer kan modtage flere ydelser samtidig, men i nærværende analyse er personerne opdelt, så de kun indgår i én af de seks kategorier efter den mest intensive ydelse, de modtager. Meningen med at opdele i kategorier på denne måde er at give et enkelt overblik over, hvor høj grad af støtte den enkelte person modtager. Kategorierne repræsenterer forskellige grader af støtte fra kategori 1 (kontant dækning af merudgifter), som repræsenterer den laveste grad af støtte, til kategori 6 (både bosted og dagtilbud), som repræsenterer den højeste grad af støtte.

Vi må dog tage et par forbehold over for denne inddeling i kategorier. Det ene er, at rækkefølgen af kategori 2 og 3 er uklar. Væresteder kan være billigere og dyrere og personlig støtte kan være mere eller mindre omfattende. Vi behandler derfor de to kategorier under ét i mange af de følgende analyser. Det andet forbehold er, at kategori 3 i princippet også burde omfatte personer, som har en støttekontaktperson efter SEL § 99. Da modtagere af ydelser efter § 99 ikke registreres på CPR-nummer, har vi imidlertid ikke det nødvendige datagrundlag for at kunne inddrage denne i analysen.

Foruden opdelingen i de seks kategorier benytter vi også en forenklet opdeling, hvor vi slår kategorierne 2, 3 og 4 sammen i en gruppe og kategorierne 5 og 6 sammen i en anden. Der er en klar niveauforskel mellem de to former for indsatser. Der er en størrelsesorden til forskel mellem de gennemsnitlige priser. I det enkelte tilfælde behøver forskellen

dog ikke være så stor. En konkret indsats i den høje kategori behøver ikke økonomisk at være så meget større end en konkret indsats i den lavere kategori. Grunden til, at vi foretager denne forenkling, er, at den giver mulighed for at få et meningsfuldt overblik, hvor forskelle og ligheder tydeligere kan identificeres.

PERSONPROFILER FOR DE SEKS KATEGORIER

Gruppen af borgere, der modtager social støtte til mennesker med sindslidelse, er sammensat noget anderledes end landets befolkning som helhed. Gruppen rummer således flere mænd, dens medlemmer har meget mindre uddannelse, de er meget oftere ugifte og enlige, de har sjældnere børn i husstanden, og de er lidt oftere straffet. Sammenligningerne med Greve (2012) i de følgende afsnit viser, at vores gruppe på 5-6 promille af befolkningen er lige så socialt belastet som den gruppe af mennesker med svær sindslidelse på 2 pct. af befolkningen, som Greve finder ud fra Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

KØN

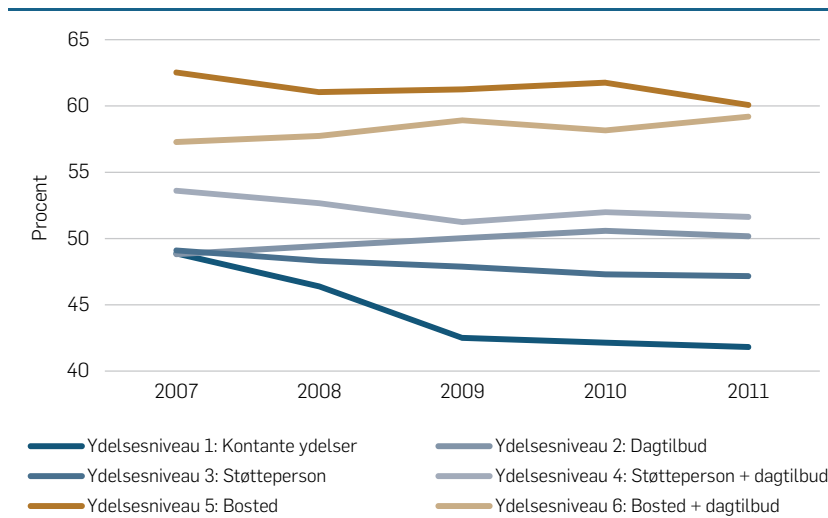
Figur 4.3. viser, at kønsfordelingen ligger ret uforandret over årene for de fleste af ydelseskategorierne. Kun for ydelsesniveau 1 (kontantydelse) ser man en udvikling, idet den de seneste år er kommet til at rumme flere kvinder end mænd. De mest intensive indsatstyper rummer flest mænd, især gælder det ydelsesniveauerne 5 og 6, der ender på omkring 60 pct. mænd. Ydelsesniveau 3 (støtteperson) rummer relativt mange kvinder, hvorimod de øvrige højere ydelsesniveauer rummer flest mænd. Alt dette underbygger eksisterende viden, som generelt viser, at brugerne af de tungeste sociale og psykiatriske ydelser har en skæv kønsfordeling med flest mænd.

Greve (2012) finder ligeledes et flertal af mænd blandt personer med svær sindslidelse, der var 25-40 år i 2005. I denne gruppe er 56,8 pct. mænd og 43,2 pct. kvinder. Kønsfordelingen af mennesker med svær sindslidelse i Greves undersøgelse ligger ret tæt på kønsfordelingen i vores kategori 4, som indeholder et par procent flere kvinder, mens vores kategori 5 og 6 består af betydelig flere mænd. I en ny undersøgelse, hvor SFI har spurgt et repræsentativt udvalg, om de har en eller flere psykiske

lidelser, svarer 8 pct. af de 16-64 årige ”ja” (Bengtsson, Damgaard & Steffensen, 2013). Blandt disse er 65 pct. imidlertid kvinder.

FIGUR 4.3

Andelen af mænd på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, særskilt for ydelsesniveausniveau. 2007-2011. Procent.



Anm.: 2007: N = 12.841, 2008: N = 14.468, 2009: N = 16.428, 2010: N = 17.119, 2011: N = 17.747.

Kilde: KMD, kommuner, Danmarks Statistiks register BEF og egne beregninger.

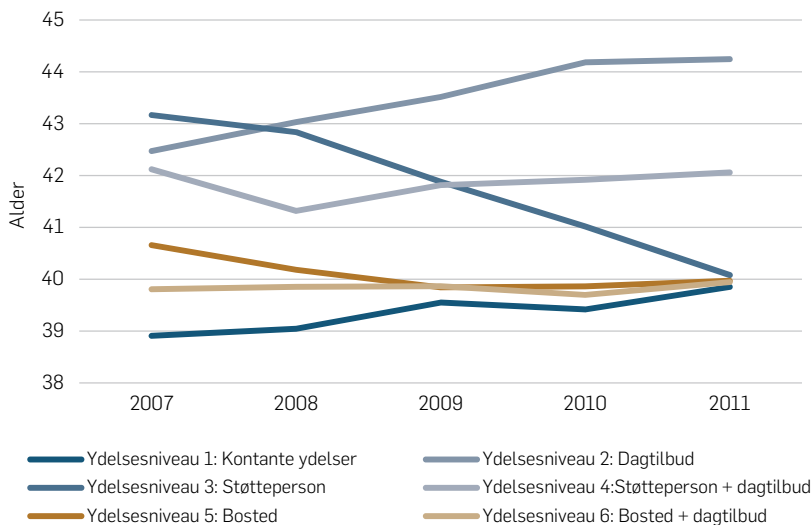
ALDER

Figur 4.4 viser aldersfordelingen for personer i de seks ydelsesniveauer. Alderen er for det givne år, dvs. at gennemsnitsalderen er beregnet i 2007 for de personer, som modtog en ydelse i 2007. I ydelsesniveau 2 (dagtilbud) ser man, at gennemsnitsalderen stiger med næsten to år, mens den i kategori 3 (støtteperson) falder godt tre år i løbet af perioden. Gennemsnitsalderen ligger lavest i ydelsesniveau 1, 5 og 6. Den støt faldende gennemsnitsalder blandt personer, som modtager støttepersonsydelse (kategori 3), må betyde, at tilvæksten i antallet af § 85-modtagere inkluderer mennesker med sindslidelse, der er yngre end de hidtidige brugere af ydelsen. Det kan være, fordi kommunerne administrerer ordningen noget anderledes, end de tidligere har gjort. En anden mulighed er, at flere yngre mennesker har fået diagnoser. Ebsen & Greve (2012) viser, at der over tid sker en stigning blandt yngre, der behandles enten ambulantly eller på

hospital frem til 2008. Hvis denne udvikling er fortsat frem til 2012, ser vi af vores resultater, at den med hensyn til sociale ydelser kun har sat sig spor i en forøgelse af antallet af yngre modtagere af § 85.

FIGUR 4.4

Gennemsnitsalder for personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, særskilt for ydelsesniveausniveau. 2007-2011. Alder.



Anm.: 2007: N = 13.730, 2008: N = 15.202, 2009: N = 16.987, 2010: N = 17.400, 2011: N = 17.747.

Kilde: KMD, kommuner, Danmarks Statistiks register BEF og egne beregninger.

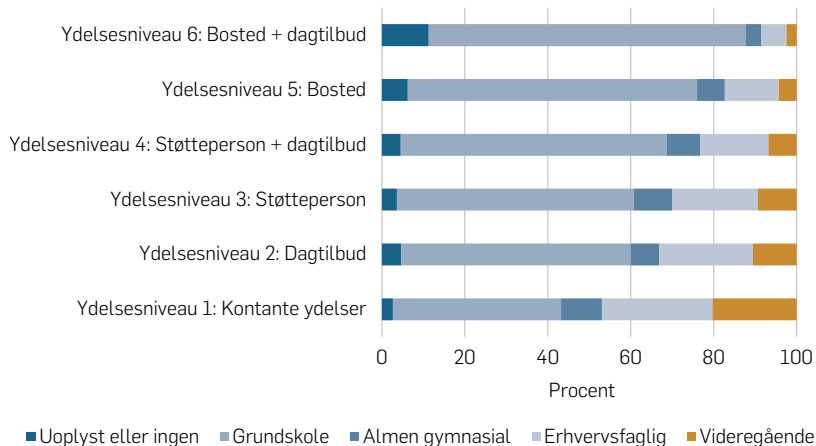
UDDANNELSE

Analysen af højeste gennemførte uddannelse siger noget om uddannelsesniveaut for personerne inden for ydelseskategorierne. Figur 4.5 viser den højeste gennemførte uddannelse for borgere i de seks ydelseskategorier for 2011.¹⁸ Figuren viser, at borgere med merudgiftsdækning (ydelseskategori 1) har højere uddannelser end personer, der optræder i de øvrige kategorier.

18. Figurer for de foregående år er udeladt, fordi de næsten ikke varierer i forhold til 2011.

FIGUR 4.5

Personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, fordelt efter højeste gennemførte uddannelse, særskilt for ydelse. 2011.¹ Procent.



Ann.: N = 17.747.

1. Bemærk at ydelsesniveauet angives i omvendt rækkefølge, sammenlignet med foregående figurer.

Kilde: KMD, kommuner, Danmarks Statistiks register UDDA og egne beregninger.

Hvis man betragter uddannelsesniveauerne fra ydelsesniveau 1 til 6, ses forskydningen fra mere uddannelse i de mindre intensive kategorier til mindst uddannelse i botilbud, som er den mest intensive ydelseskategori.

Greve (2012) finder ligeledes, at personer med sindslidelse generelt har en lavere uddannelse end befolkningen som helhed. Blandt mænd og kvinder med sindslidelse har 20 pct. en erhvervsuddannelse som højst gennemførte uddannelse, mens den tilsvarende procent er 40 for mænd og 34 for kvinder uden sindslidelse. Greves tal svarer nogenlunde til tallet for vores kategori 4, mens personerne i det, vi har kaldt kategori 5 og 6, er klart dårligere uddannet end Greves gruppe af stærkt sindslidende. Greve finder i øvrigt ligesom os, at der, uanset hvilket mål på uddannelse der anvendes, er en negativ sammenhæng mellem denne og sindslidelse.

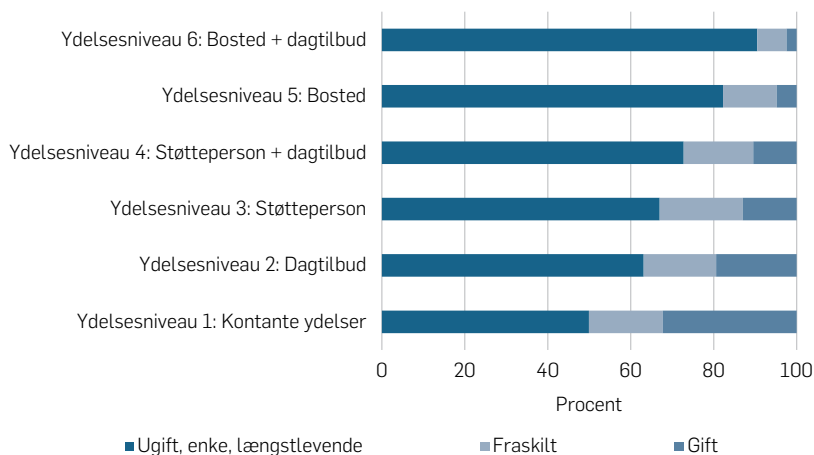
ÆGTESKAB OG SAMLIV

Vi belyser dette emne ved først at undersøge ægteskabsstatus for at se, hvor mange der formelt set er ugifte. Figur 4.6 viser, at der for alle ydel-

seskategorier fra 2-6 er flest ugifte, flere for de mest intensive former for støtte. Blandt personer, som har en støtteperson, er der desuden en udvikling, idet flere og flere er ugifte over perioden. Vi så også, at de bliver yngre, hvilket stemmer godt sammen med den store andel af ugifte.

FIGUR 4.6

Personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, fordelt efter civilstatus, særskilt for ydelsesniveau. 2011. Procent.



Ann.: N = 17.676.

Kilde: KMD, kommuner, registerdata og egne beregninger.

Greve (2012) finder ganske tilsvarende, at andelen af ugifte i gruppen af mænd mellem 25 og 40 år med sindslidelse er 81 pct., mens den er 55 pct. i den tilsvarende gruppe uden sindslidelse. Andelen af ugifte i gruppen af kvinder mellem 25 og 40 år med sindslidelse er 62 pct., mens den er 43 pct. i den tilsvarende gruppe uden sindslidelse. Ligeledes finder Greve, at andelen af enlige mænd mellem 25 og 40 år er 80 pct. for dem med sindslidelse, mens den kun er 55 pct. for dem uden. Greves tilsvarende tal for kvinder er henholdsvis 61 og 43 pct.

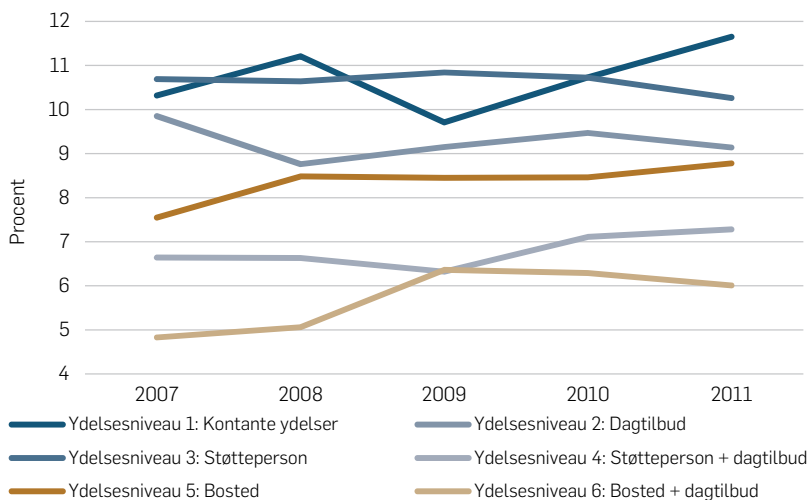
STATSBORGERSKAB

Figur 4.7 viser personer med ikke-dansk statsborgerskab for de seks ydelseskategorier. Andelen af personer, som ikke har dansk statsborgerskab, er størst blandt personer, som modtager kontante ydelser og støtte-

person (ydelseskategori 1 og 3). For kategori 5 og 6 (mennesker i bosteder) ser man fra 2007 til 2011 en samlet stigning i andelen af personer, som ikke har dansk statsborgerskab. Dog ligger andelen af personer med ikke-dansk statsborgerskab markant lavere for ydelseskategorierne 4 og 6 (støtteperson og dagtilbud samt bosted kombineret med dagtilbud).

FIGUR 4.7

Andelen ikke-danske statsborgere blandt personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, særsklit for ydelse. 2007-2011. Procent.



Ann: 2007: N = 13.705, 2008: N = 15.167, 2009: N = 16.946, 2010: N = 17.351, 2011: N = 17.676.

Kilde: KMD, kommuner, registerdata og egne beregninger.

Antallet af personer med andet statsborgerskab end dansk i befolkningen som helhed varierer stærkt med alder, fra 3 pct. for gruppen først i 60'erne til 15 pct. for gruppen sidst i 20'erne.¹⁹ For vores aldersgruppe, som er 18-64 år, er der 8 pct., og det samme tal finder vi for gruppen først i 40'erne, som er gennemsnitsalderen for brugerne af sociale ydelser (figur 4.4). Personer med andet statsborgerskab end dansk ser således ud til at bruge tilbud i kategori 4 og 6 (væresteder, beskyttet beskæftigelse) mindre end forholdsmæssigt, men de øvrige tilbud mere end vi skulle forvente set i forhold til gruppens størrelse.

19. Statistikbanken, tal for 2011.

En registerundersøgelse (Helweg-Larsen m.fl., 2007) viser imidlertid, at mænd med andet statsborgerskab end dansk har mere end dobbelt så mange tilfælde af skizofreni som mænd med dansk statsborgerskab, mens kvinders overhyppighed er noget mindre. Forskellen for diagnosen PTSD er endnu større. Disse forskelle kan være baggrunden for, at andelen af personer med andet statsborgerskab end dansk er mellem 9 og 12 pct. for de fleste ydelseskategorier.

Rosenberg & Sørensen (2010) belyser etniske minoriteters benyttelse af sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder i en spørgeskemaundersøgelse. De konkluderer, at området sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder har en udfordring i at nå målgruppen og undgå, at den fravælger tilbuddene. Denne undersøgelses resultater tyder på, at fravalg især sker af dagtilbuddene.

KRIMINALITET

Andelen af personer, som har modtaget straf, er større for nogle grupper af borgere, der modtager støtte i forbindelse med sindslidelse, end den er for andre, hvilket figur 4.8 viser. Der er klart færre straffede blandt borgere, der modtager dagtilbud, og for disse grupper er antallet ikke stigende i perioden. For de øvrige grupper, både dem i botilbud uden dagtilbud, og dem med støtteperson uden dagtilbud, er andelen af straffede stigende.

Her afviger vores tal markant fra de tal, som er angivet hos Greve (2012). Greve finder blandt 20-45-årige mænd med sindslidelse, at 13 pct. har fået en dom i 2005, mens den tilsvarende andel er 8 pct. for mænd uden sindslidelse. Blandt 20-45-årige kvinder med sindslidelse har 5 pct. fået en dom, mens den tilsvarende andel er 2 pct. for kvinder uden sindslidelse. I begge tilfælde er procentværdierne mere end dobbelt så store for mennesker med sindslidelse sammenlignet med mennesker uden sindslidelse. De noget uregelmæssige tal for 2009 skyldes formentlig dataudfald.

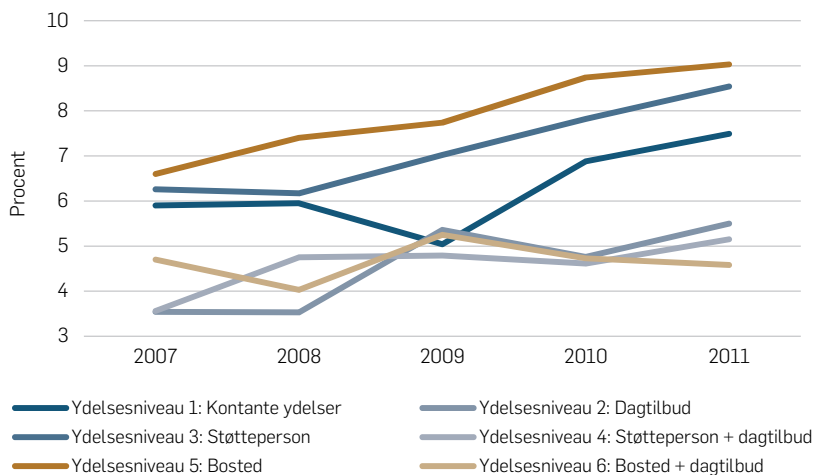
Det er flere forklaringer på den nævnte diskrepans. Greves tal omfatter ikke kun straffelovsovertrædelser, men også trafikforseelser. En anden forskel er, at Greve ser på aldersgruppen 25-40 år, mens vi ser på hele gruppen på 16-64 år. Hvad det betyder, er mere uklart, idet der på den ene side er en sammenhæng mellem kriminalitet og alder, mens regi-

strene på den anden side også har registreret, hvad personerne tidligere har gjort.

En yderligere forklaring kan måske findes i figur 4.8. Den viser nemlig klart, at personer, som har mere støtte, er mindre kriminelle end personer, som har mindre støtte. Således har personer i dagtilbud i markant færre tilfælde fået en dom. Greves tal bygger imidlertid på hele gruppen af mennesker med sindslidelse både dem, der modtager social støtte og dem, der ikke gør. Den sidstnævnte gruppe kan godt have flere domme.

FIGUR 4.8

Andelen af straffede blandt personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, særskilt for ydelsesniveau. 2007-2011. Procent.



Ann: 2007: N = 13.730, 2008: N = 15.202, 2009: N = 16.987, 2010: N = 17.400, 2011: N = 17.747.

Kilde: KMD, kommuner, Kriminalitetsregistret KRAF og egne beregninger.

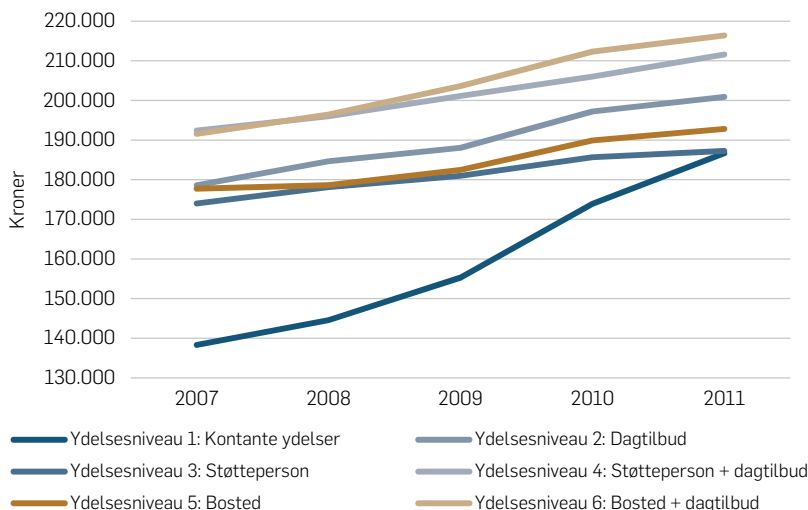
OVERFØRSELSINDKOMST

Figur 4.9 viser den gennemsnitlige overførselsindkomst for personer i de seks ydelseskategorier. Jo mere intensiv ydelseskategorien er, desto højere overførselsindkomst modtages. Generelt ses en stigning for alle ydelseskategorier, men særligt for kategori 1 (kontante ydelser) ses en stigning i overførselsindkomst på næsten 35 pct. fra 2007 til 2011.

Alle udviklingslinjerne på figur 4.9, bortset fra kontante ydelser, følger forbrugerprisindekset. Mennesker med kontante ydelser havde i 2007 en indtægt fra sociale ydelser, der lå væsentligt under den, som de øvrige grupper på figuren havde. Det har formentlig sin grund i, at modtagerne af kontante ydelser i 2007 for en stor dels vedkommende var mennesker, der havde deres øvrige indtægter fra beskæftigelse. I løbet af perioden er kontantydelserne mere og mere blevet målrettet til personer, der har en højere indkomst fra sociale ydelser og dermed en mindre arbejdsindtægt.

FIGUR 4.9

Gennemsnitsbeløb for overførselsindkomst, som personer på 18-64 år, som modtager en social ydelse til mennesker med sindslidelse, har modtaget på et år, særskilt for ydelsesniveau 2007-2011. Kroner.¹



Anm.: 2007: N = 13.730, 2008: N = 15.202, 2009: N = 16.987, 2010: N = 17.400, 2011: N = 17.747.

1. Der er ikke korrigeret for inflation og prisstigninger.

Kilde: KMD, kommuner, registerdata og egne beregninger.

Stigningen i overførselsindkomster hænger til dels sammen med, at taksterne – fx førtidspensionen – stiger over perioden.

OPSUMMERING

Profilerne i dette kapitel viser, at gruppen af mennesker, der modtager sociale ydelser, som er målrettet til mennesker med sindslidelse, i en række henseender adskiller sig ganske betydeligt fra befolkningen i øvrigt. De er ofte ugifte og er desuden karakteriseret ved et meget lavt uddannelsesniveau. Disse forhold gælder stærkere, jo mere intensiv støtte der er tale om.

Gruppen af mennesker, der modtager sociale ydelser, som er målrettet til mennesker med sindslidelse, adskiller sig også fra gruppen af mennesker med sindslidelser i det hele taget, idet en markant større andel lider af skizofreni. Dette gælder for gruppen som helhed, men i endnu højere grad for beboerne i længerevarende botilbud.

I årene efter 2000 er der sket en stigning i antallet af mennesker, som bliver behandlet for psykiske sygdomme. Denne stigning gælder dog kun for en række af de ikke-psykotiske sindslidelser. Vi har ligeledes set en øget social indsats i forhold til mennesker med sindslidelse, som først og fremmest gælder for den socialpædagogiske støtte efter § 85. Denne ydelses modtagere er også blevet yngre gennem den periode, vi dækker. Stigningerne i antal modtagere af andre ydelser er i den sammenhæng ganske marginale.

UDVIKLINGEN 2007-2011

I det følgende gennemgår vi ændringer i tildelingen af ydelser fra 2007 til 2011 for personer med sindslidelser, således som de belyses af de data, der ligger til grund for denne rapport. Antallet af borgere, som modtager en ydelse, er angivet pr. 100.000 indbyggere i alderen 18-64 år. Det er sket for at gøre det lettere at se, hvad tallet svarer til for den enkelte kommune, og for at vi kan give et standardiseret tal, der så vidt muligt ikke er påvirket af det forhold, at vi mangler oplysninger fra en del kommuner. Først beskriver vi niveauerne for de enkelte ydelser på landsplan. Dernæst grupperer vi de deltagende kommuner efter befolkningstæthed for at undersøge, om tætbefolkede dele af landet anvender ydelserne anderledes, end tyndere befolkede dele af landet gør.

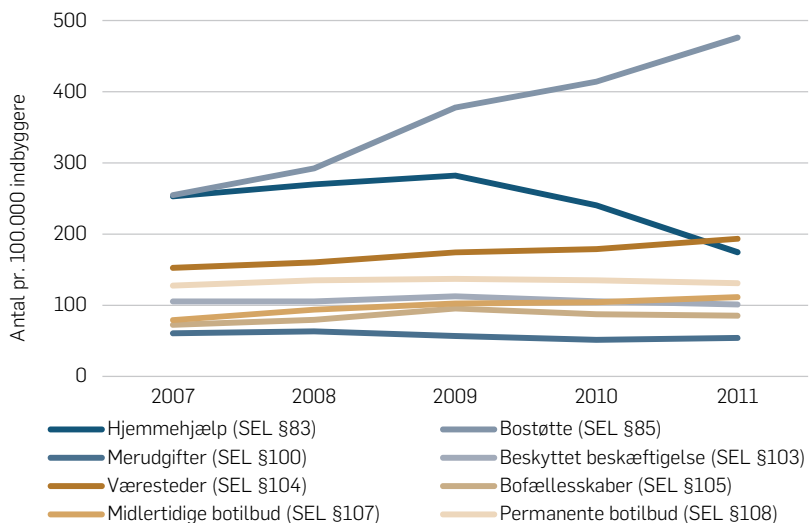
UDVIKLINGEN 2007-2011 PÅ LANDSPLAN

For antallet af borgere, som modtager en ydelse, viser figur 5.1 den stærkeste forandring af hjemmehjælp (SEL § 83) og bostøtte (SEL § 85), hvor bostøtte optræder i stigende og hjemmehjælp fra 2009 i faldende grad. Det er nærliggende at forestille sig, at kommunerne, eller en del af kommunerne, i løbet af disse år har erstattet hjemmehjælp for mennesker med sindslidelse med bostøtte. En nærmere analyse viser imidlertid,

at kun 423 borgere i datasættet i løbet af perioden har skiftet fra § 83 til § 85. Faldet i mængden af ydelser efter § 83 i periodens sidste halvdel er imidlertid på mere end 3.000, og den tilsvarende stigning i forhold til § 85 det samme, så der er kun i begrænset omfang tale om overgang.

FIGUR 5.1

Personer på 18-64 år, der modtager en social ydelse til mennesker med sindslidelse, særskilt for ydelse. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Antal deltagene kommuner efter §§: N = 14-15 (SEL §83); N = 48-54 (SEL §85); N = 39-43 (SEL §100); N = 57-60 (SEL §103); N = 56-59 (SEL §104); N = 11-13 (ABL §105); N = 57-60 (SEL §107); N = 54-57 (SEL §108).

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Er udviklingen i §§ 83 og 85 i årene 2009-2011 så i stedet et udtryk for, at kommunerne giver nye brugere med sindslidelse, som tidligere ville have fået hjemmehjælp efter § 83, en bostøtte efter § 85? Det kan godt være tilfældet i et vist omfang, men sagen er alligevel en smule mere indviklet. Der er nemlig også tale om, at kommunerne i hele vores periode lukker op for en ny type brugere af bostøtte.

Vi så i kapitel 4 (figur 4.4), at de nytilkomne § 85-borgere er noget yngre end de hidtidige og oftere ugifte (figur 4.6). Det betyder, at der er en udvikling i gang af gruppen af brugere af bostøtte efter § 85. Vi kan få lidt mere indtryk af denne udvikling fra SFI's kortlægning af bostøtte for mennesker med sindslidelse (Bengtsson & Røgeskov, 2012). Den

viser, at kommunerne efter kommunalreformen er begyndt at benytte bostøtte mere aktivt og rehabiliterende.

Kortlægningen af bostøtte for mennesker med sindslidelse viser endvidere, at denne udvikling sker stærkt i nogle kommuner og mindre stærkt i andre. Det forhold burde også kunne ses i det datamateriale, vi benytter i denne undersøgelse. Undersøgelse af dette har imidlertid ligget uden for emnet for denne rapport.

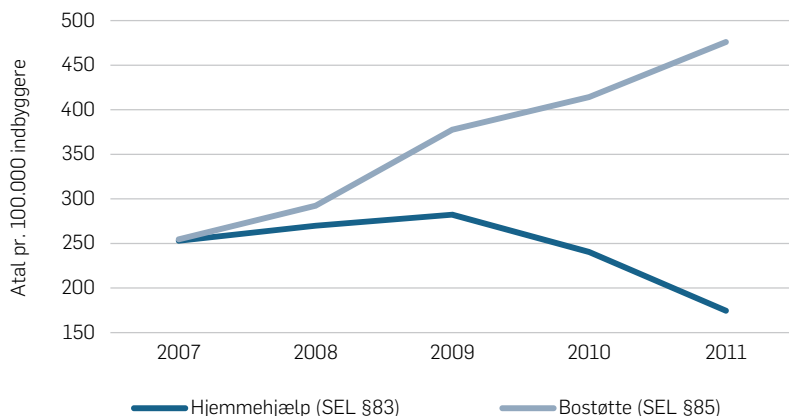
For merudgifter for personer med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (SEL § 100) ser vi et beskedent fald i antal modtagere inden for perioden. Antallet af modtagere af væresteder (SEL § 104) og midlertidige botilbud (SEL § 107) viser derimod en svag stigning. Bofællesskaber (ABL § 105), beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og langvarige botilbud (SEL § 108) har et nogenlunde konstant antal brugere over perioden. Samlet set er der tale om en stigning i antallet af borgere med sindslidelse, der modtager sociale indsatser med bl.a. denne målgruppe.

I figur 5.1 kan udviklingen for nogle af ydelserne være lidt svær at se, fordi deres niveau ligger tæt på bundlinjen. I de følgende tre figurer er ydelserne for overskueligheds skyld opdelt i overensstemmelse med den funktion, de har for borgeren. Først viser vi udviklingen for den personlige støtte hjemmehjælp (SEL § 83) og bostøtte (SEL § 85) i figur 5.2, dernæst udviklingen for dagtilbud (SEL §§ 103-104) i figur 5.3, hvor vi også viser dækning af merudgifter (§ 100) og sluttelig ydelserne botilbud (SEL § 107-108) samt bofællesskaber (ABL § 105) i figur 5.4.

Figur 5.2 viser udviklingen i ydelserne hjemmehjælp (SEL § 83) og bostøtte (SEL § 85). Figuren viser antallet af personer, der får hjemmehjælp samt antallet af personer, der får bostøtte pr. 100.000 indbyggere. Figuren viser, at antallet, der får en form for personlig støtte, alt i alt er steget i de første to år. De sidste to år falder indsatsen i hjemmehjælp til borgere, som er behandlet for psykiske lidelser, lige så meget som indsatsen i bostøtte stiger. I disse to år sker der ingen reduktion af ydelsen støttekontaktperson (se Danmarks Statistiks tal på figur 2.1 til 2.6), så den personlige støtte holder sig alt i alt på samme niveau. Det skal dog nævnes, at tallene for § 83 bygger på et meget lavt antal kommuner, hvilket giver en usikkerhed.

FIGUR 5.2

Personer på 18-64 år, der modtager ydelserne hjemmehjælp eller bostøtte til mennesker med sindslidelse, særsikkert for ydelse. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Antal kommuner efter §§: N = 14-15 (SEL §83); N = 48-54 (SEL §85); N = 39-43.

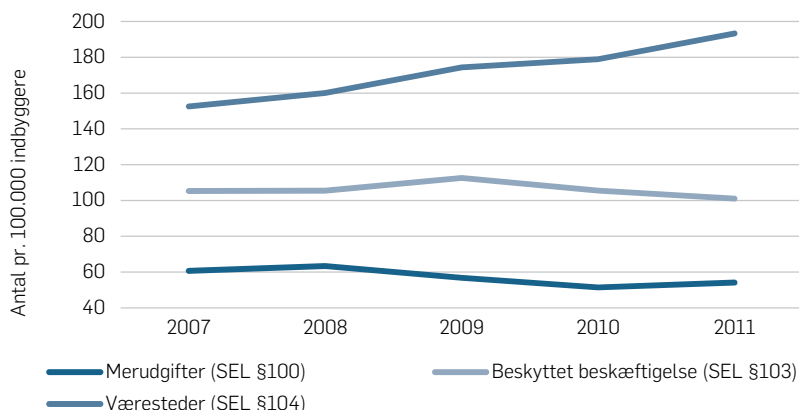
Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Figur 5.3 viser udviklingen i dagtilbud: beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og væresteder (SEL § 104). Inden for perioden 2007–2011 viser figur 5.3 samlet set en forøgelse på godt 25 pct. af antallet af personer, som benytter væresteder (SEL § 104), mens den viser et beskedent fald i antallet af personer, som er i beskyttet beskæftigelse (SEL § 103).

På figur 5.3 har vi endvidere fundet plads til udviklingen for antal personer, der modtager dækning af nødvendige merudgifter (SEL § 100). Også for dette antal viser figuren et beskedent fald. Vi så i kapitel 4 (figur 4.3 og 4.4), at gruppen, der modtager dækning af nødvendige merudgifter, er en af de få grupper, der har ændret sammensætning over perioden. Den har udviklet sig fra at have nogenlunde lige mange mænd og kvinder til at indeholde et klart flertal af kvinder, samtidig med at gennemsnitsalderen er steget lidt.

FIGUR 5.3

Personer på 18-64 år, der modtager ydelserne dækning af merudgifter, beskyttet beskæftigelse eller værested til mennesker med sindslidelse, særskilt for ydelse. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Antal deltagene kommuner efter §§: N = 39-43 (SEL §100); N = 57-60 (SEL §103); N = 56-59 (SEL §104)

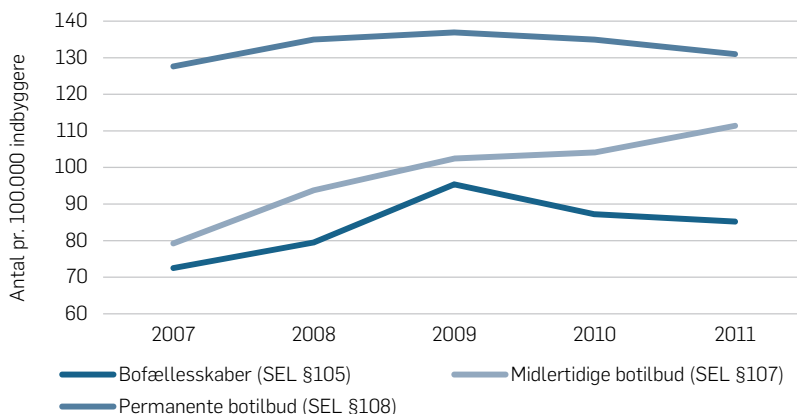
Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Figur 5.4 viser udviklingen i antallet af mennesker med sindslidelse, der modtager forskellige former for botilbud. Det drejer sig om midlertidigt botilbud (SEL § 107) og længerevarende botilbud (SEL § 108) samt om ydelsen bofællesskab efter almenboligloven (ABL § 105). Vi ser i denne undersøgelse gennemgående på disse boformer under ét, selv om der kan være stor forskel på dem. Baggrunden for det er, at bofællesskaber i mange tilfælde minder meget om botilbuddene efter serviceloven – måske er det de samme botilbud, der har ændret status.

Blandt boformerne finder vi en stigning på ca. 40 pct. i antallet af beboere i midlertidige botilbud (SEL § 107) og en omkring halvt så stor stigning i antallet af beboere i bofællesskaber (ABL § 105). Antallet af beboere i længerevarende botilbud (SEL § 108) går lidt op og ned, men ender dog på lidt mere i 2011 sammenlignet med 2007. Tallene for ABL § 105 bygger dog på et meget lavt antal kommuner. Det ser således ud til, at boformen midlertidige botilbud i løbet af perioden fylder en stadig større del af billedet, selv om længerevarende botilbud stadig er den mest almindelige form for botilbud.

FIGUR 5.4

Personer i alderen 18-64 år, der modtager ydelserne bofællesskab eller botilbud til mennesker med sindslidelse, særskilt for ydelse. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Antal deltagene kommuner efter §§: N = 11-13 (ABL §105); N = 57-60 (SEL §107); N = 54-57 (SEL §108).
Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

YDELSER EFTER URBANITET

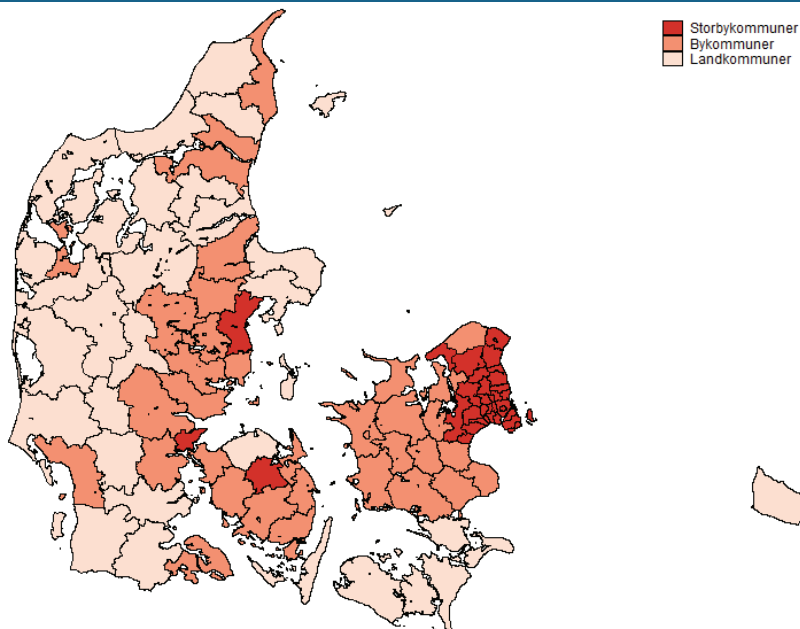
For at kunne se nærmere på, om udviklingen i ydelserne er forskellig for kommunerne, har vi i det følgende opdelt de repræsenterede kommuner i tre kategorier ud fra befolkningstætheden i kommunen. Vi viser udviklingen i ydelserne i landkommuner (laveste befolkningstæthed), bykommuner (middelstor befolkningstæthed) og storbykommuner (største befolkningstæthed), hvor en tredjedel af landets kommuner indgår i hver kategori. Eksempler på landkommuner er Viborg, Norddjurs og Rebild, gruppen af bykommuner indeholder fx Svendborg, Esbjerg og Slagelse, mens gruppen storbykommuner omfatter Aarhus, Odense og Fredericia samt næsten alle kommuner i hovedstadsområdet. Landkommuner har 16-75 indbyggere pr. kvadratkilometer, bykommuner har 81-221 indbyggere pr. kvadratkilometer og storbykommuner har 222-11.354 indbyggere pr. kvadratkilometer.²⁰ Kommunerne er dermed opdelt i tre subgrupper, som er tertiler for befolkningstæthed.

20. Kommunale nøgletal, Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013.

I figur 5.5 ses kommunernes fordeling pr. 1. januar 2011 i de tre befolkningstæthedskategorier på et landkort.

FIGUR 5.5

Befolkningstæthed for alle landets kommuner. 2011. Tertiler.



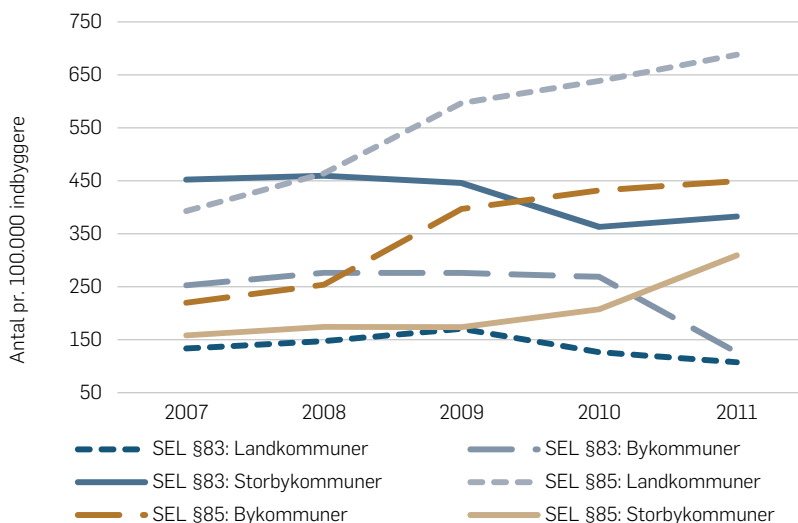
Anm.: Landkommuner: 33 kommuner; bykommuner: 33 kommuner; storbykommuner: 32 kommuner.
Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet og egne beregninger.

Det fremgår af kortet, at opdelingen deler landet i områder domineret af storbyer (hvor Fredericia er kommet med på grund af sit lille areal), områder med både by og land (hvor Struer er kommet med, også på grund af lille areal) og landkommuner uden større eller mellemstørre byer.

Der kan være oplagte grunde til, at benyttelsen af sociale tilbud til mennesker med sindslidelser hænger sammen med urbanitet. Leveforholdene kan være belastende i storbykommuner og mere rolige på landet, men omvendt kan rummeligheden og accepten af anderledes mennesker være større i storbyen. Storbyen kan endvidere gøre problemerne mindre synlige. Det er derfor vanskeligt på forhånd at sige, hvor der er størst behov for social indsats i forhold til mennesker med sindslidelse.

FIGUR 5.6

Personer på 18-64 år, der modtager ydelserne hjemmehjælp og bostøtte til mennesker med sindslidelse, særsomt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Landkommuner: N = 4-5 (§83), N = 14-16 (§85) kommuner; Bykommuner: N = 6-7 (§83), N = 18-21 (§85) kommuner; Storbykommuner: N = 3 (§83), N=15-17 (§85) kommuner.

Kilde: KMD, kommuner, Økonomi- og Indenrigsministeriet og egne beregninger.

Figur 5.6 viser billedet af hjemmehjælp (SEL § 83) og bostøtte (SEL § 85) efter urbanitet. Såvel i landkommuner som i bykommuner og i storbykommuner viser figuren en aftagende brug af hjemmehjælp og en tiltagende brug af bostøtte til mennesker med sindslidelse. Alligevel gør urbanitet en stor forskel, når det gælder brugen af hjemmehjælp og bostøtte. I landkommuner benyttes hjemmehjælp næsten ikke i forhold til denne gruppe, i bykommuner benyttes hjemmehjælp noget mere, først i perioden faktisk lige så meget som bostøtte, og i storbykommuner benyttes hjemmehjælp gennem hele perioden mere end bostøtte til mennesker med sindslidelse.

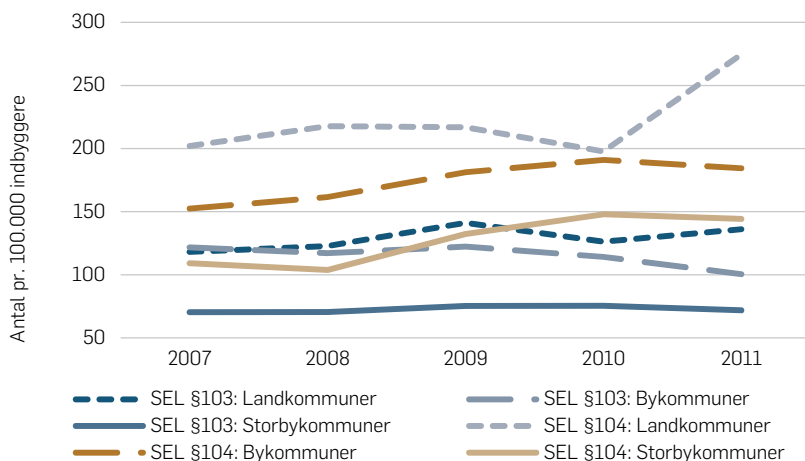
Det er bemærkelsesværdigt, at den mindre brug af hjemmehjælp og tilsvarende større brug af bostøtte først viser sig på landet, dernæst i byerne og til sidst i storbykommunerne. Ofte går udviklingen fra by til land snarere end omvendt. Ydermere har vi ikke noget bud på, hvad der er baggrunden for, at § 83 i større omfang benyttes som form for per-

sonlig støtte til mennesker med sindslidelse frem for § 85, jo større befolkningstætheden er.

Figur 5.7 viser, hvor mange mennesker med sindslidelse der benytter dagtilbud i form af henholdsvis beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) og væresteder (SEL § 104) i land-, by- og storbykommuner i perioden 2007-2011. Niveauerne for beskyttet beskæftigelse (SEL § 103) er stort set uændrede i perioden med undtagelse af et svagt fald for bykommunerne og en tilsvarende vækst for landkommunerne, mens anvendelsen af beskyttet beskæftigelse bliver marginalt større i storbykommunerne. Antallet af værestedsydelse (SEL § 104) vokser en hel del i alle typer kommuner.

FIGUR 5.7

Personer på 18-64 år, der modtager ydelserne værested og beskyttet beskæftigelse til mennesker med sindslidelse, særskilt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Landkommuner: N = 17-18 (§ 103), N = 14-16 (§ 104) kommuner; Bykommuner: N = 22-24 (§ 103), N = 23-25 (§ 104) kommuner; Storbykommuner: N = 17-20 (§ 103), N = 17-19 (§ 104) kommuner.

Kilde: KMD, kommuner, Økonomi- og Indenrigsministeriet og egne beregninger.

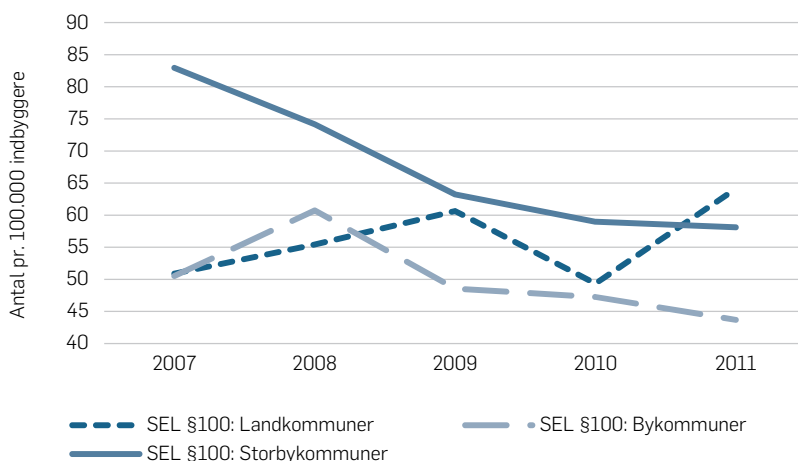
Figuren viser i øvrigt, at landkommuner anvender væresteder i størst omfang, bykommuner anvender dem i noget mindre omfang, og storbykommuner anvender dem mindst. Der er tale om en ganske stor forskel, således at storbykommunerne kun yder værested til godt det halve antal mennesker med sindslidelse, set i forhold til landkommunerne. Bortset

fra 2007 viser figuren samme forhold for beskyttet beskæftigelse. Også her er forskellen betydelig. Ved periodens slutning er næsten dobbelt så mange mennesker med sindslidelse i beskyttet beskæftigelse i landkommuner sammenlignet med storbykommuner.

Figur 5.8 illustrerer udviklingen i den kontante dækning af merudgifter (SEL § 100) for mennesker med sindslidelse. For ydelsen kontant dækning af merudgifter ser vi et ganske betydeligt fald for storbykommuner over årene – det er på 30 pct. – for bykommuner ser vi et noget mindre fald, mens vi for landkommuner ser en stigning i antal modtagere af dækning af merudgifter i perioden. De vekslende niveauer i perioden kan dog skyldes usikkerhed i data.

FIGUR 5.8

Personer på 18-64 år, der modtager den sociale ydelse dækning af merudgifter til mennesker med sindslidelse, særskilt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Landkommuner: N = 11-13 kommuner; Bykommuner: N = 16-17 kommuner; Storbykommuner: N = 12-14 kommuner
Kilde: KMD, kommuner, Økonomi- og Indenrigsministeriet, egne beregninger.

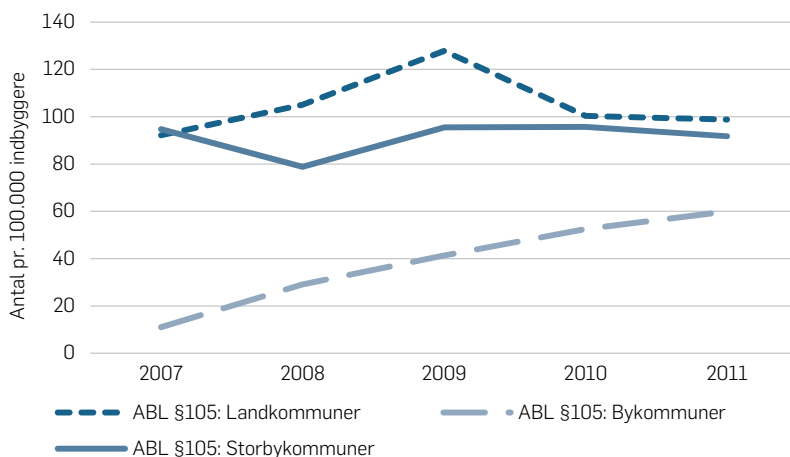
Det første år efter kommunalreformen blev dækning af merudgifter til mennesker med sindslidelse benyttet væsentligt mere (63 pct. mere) i storbykommuner end i de andre typer kommuner. Disse forskelle er reduceret betydeligt i periodens sidste tre år, først og fremmest på grund af det store fald, der har været i antal modtagere af merudgiftsdækning i storbykommunerne. Merudgiftsydelse er ikke nogen ”skal-ydelse” – dvs.

en ydelse, som kommunen er forpligtet til – så det kan være udtryk for en opbremsning. Tilbage står dog spørgsmålet, hvorfor denne markante udvikling kun er sket i storbykommunerne.

Figur 5.9 viser anvendelsen af bofællesskaber efter almenboligloven § 105 i områder med forskellig urbanitet. Lige efter kommunalreformen blev bofællesskaber (ABL § 105) anvendt meget lidt i bykommuner, men en del både i landkommuner og storbykommuner. I løbet af den dækkede periode kommer bykommunerne imidlertid mere med, og da anvendelsen af bofællesskaber holder sig konstant i landkommuner og storbykommuner, reducerer det forskellen mellem de tre typer kommuner.

FIGUR 5.9

Personer på 18-64 år, der modtager den sociale ydelse bofællesskab til mennesker med sindslidelse, særskilt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



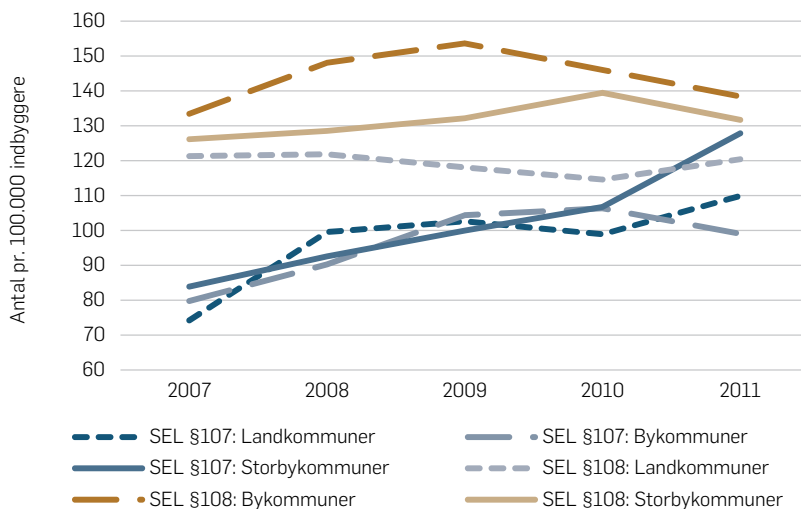
Anm.: Landkommuner: N = 5-6 kommuner; Bykommuner: N = 3-4 kommuner; Storbykommuner: N = 3 kommuner.
Kilde: KMD, kommuner, Økonomi- og Indenrigsministeriet og egne beregninger.

Det skal dog bemærkes, at antallet af kommuner, der har oplyst noget om bofællesskaber, er meget lavt, således at der kun er mellem 3 og 6 kommuner i hver af de tre grupper, vi opdeler kommunerne i. Der er derfor en risiko for, at figuren ville se anderledes ud, hvis vi havde svar fra flere kommuner.

Figur 5.10 illustrerer udviklingen i anvendelsen af midlertidige botilbud (SEL § 107) og længerevarende botilbud (SEL § 108) til mennesker med sindslidelser. De midlertidige botilbud får flere beboere i perioden i alle tre grupper kommuner, og de tre typer kommuner anvender i øvrigt midlertidige botilbud i nogenlunde samme omfang. Anvendelsen af de længerevarende botilbud varierer ikke ret meget i perioden og ender med at være nogenlunde uforandret.

FIGUR 5.10

Personer på 18-64 år, der modtager den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse, særskilt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Landkommuner: N = 17-19 (§ 107), N = 15-16 (§108) kommuner; Bykommuner: N = 22-24 (§ 107), N = 21-23 (§108) kommuner; Storbykommuner: N = 17-19 (§107), N = 16-20 (§ 108) kommuner.

Kilde: KMD, kommuner, Økonomi- og Indenrigsministeriet og egne beregninger.

OPSUMMERING

Vi ser i løbet af de fire år fra 2007 til 2011, at bostøtte anvendes mere og mere til mennesker med sindslidelse. Samtidig foregår der den udvikling, at hjemmehjælp anvendes mindre og mindre. Men der foregår ikke blot en erstatning af hjemmehjælp med bostøtte, for kun relativt få mennesker får udskiftet deres hjemmehjælp med en bostøtte, og der sker gen-

nem perioden en forandring i, hvilke borgere kommunerne yder bostøtte til. En nærmere forklaring på denne udvikling ville kræve mere indgående analyser, end vi har været i stand til at foretage her.

Kommunerne giver i løbet af de fire år også flere dagtilbud til mennesker med sindslidelse. Der sker samtidig den udvikling, at dagtilbuddet i flere tilfælde bliver et aktivitets- og samværstilbud eller værested, og i færre tilfælde en beskyttet beskæftigelse. Endelig giver kommunerne i løbet af de fire år også botilbud til flere og flere mennesker med sindslidelse. Dette tilbud bliver i relativt flere tilfælde et midlertidigt botilbud, mens anvendelsen af længerevarende botilbud ikke stiger nævneværdigt, og anvendelsen af bofællesskaber også kun vokser moderat.

En opdeling efter befolkningstæthed giver den udfordring, at det reducerer antallet af kommuner i hver gruppe (land- by- og storbykommuner). Det giver en vis usikkerhed. Anvendelsen af bostøtte og dagtilbud fremviser alligevel nogle klare træk i forhold til urbanitet. Vi finder nemlig, at landkommuner i højere grad anvender både bostøtte og dagtilbud til mennesker med sindslidelse, end bykommuner gør, og langt mere end storbykommuner gør. Det ser således ud til, at jo mindre befolkningstæthed, des mere gør kommunen for borgeren med sindslidelse med hensyn til bostøtte og dagtilbud.

Billedet er mindre klart for botilbud, idet det afhænger af, hvilke former for botilbud vi ser på. I næste kapitel vil vi imidlertid betragte tilbuddene mere samlet for at få et mere klart billede af, hvilken form for indsats de forskellige typer af kommuner har i forhold til deres borgere med sindslidelse.

YDELSER EFTER INTENSITET

De oplysninger, vi har om brugen af en række ordninger over for mennesker med sindslidelse i årene 2007-2011, ligger umiddelbart som oplysninger om den enkelte ordning eller ydelse i den enkelte kommune. Ordninger er naturligvis interessante, men vi er også interesseret i at beskrive indsatsen set i forhold til personer. Vi har derfor udviklet et værktøj der egner sig til at afgøre, hvor intensiv en indsats en given person får. Dette instrument omtales i kapitel 4 som ”ydelseskategorier” eller ”ydelsesniveauer”.

Princippet i dette instrument er i sin mest forenklede form: Er der tale om indsatser, hvor borgeren bor i et botilbud af en art, eller modtager borgeren støtte eller tilbud i dagtimerne? For at kunne arbejde med disse ydelsesniveauer har vi først inddelt ydelserne i seks kategorier, som vi benytter i resten af rapporten til at give et lidt forenklet, og derfor mere overskueligt, billede af situationen. Når vi har brug for at forenkle yderligere, samler vi de seks kategorier til tre niveauer: 1) kontante ydelser; 2) dagtilbud og 3) botilbud.

Forenklingerne til seks kategorier af støtte og til tre niveauer af støtte sætter os i stand til at betragte den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse i sammenhæng og endvidere til at sætte dem sammen med oplysninger om andre forhold. Vi skal særligt interessere os for

at se indsatsen i forhold til kommune og landsdel og for at se, hvordan den udvikler sig over tid.

YDELSESKATEGORIER FOR HELE LANDET

Tabel 6.1 viser antallet af personer med sindslidelse efter definitionen i denne undersøgelse, som modtager ydelser efter de seks ydelseskategorier for hvert af årene. Tabellen viser en gradvis stigning i antallet af personer, som modtager disse ydelser. Det samlede antal borgere, der modtager de her beskrevne ydelser i de kommuner, vi har oplysninger fra, stiger gennem perioden fra knap 16.000 til knap 20.000. Men da en del af borgerne kun modtager støtte i nogle af årene, er det samlede antal forskellige personer, vi har oplysninger om i tabellen, 27.017.

TABEL 6.1

Datagrundlag for undersøgelsen: Personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse i de kommuner, hvorfra undersøgelsen har data, særskilt for ydelseskategori. 2007-2011. Antal.

Ydelseskategori	2007	2008	2009	2010	2011
1: Dækning af merudgifter	729	824	694	640	641
2: Dagtilbud	2.234	2.208	2.110	2.183	2.053
3: Støtteperson	5.032	5.769	7.024	7.418	8.076
4: Støtteperson + dagtilbud	1.432	1.600	2.025	2.083	2.020
5: Bosted	2.665	3.040	3.228	3.193	3.168
6: Bosted + dagtilbud	1.638	1.761	1.906	1.883	1.789
I alt	15.737	17.210	18.996	19.410	19.758

Anm.: Antal kommuner for hver kategori: Kategori 1: N = 37-40. Kategori 2: N = 56-58. Kategori 3: N = 48-55. Kategori 4: N = 44-46. Kategori 5: N = 58-61. Kategori 6: N = 55-58.

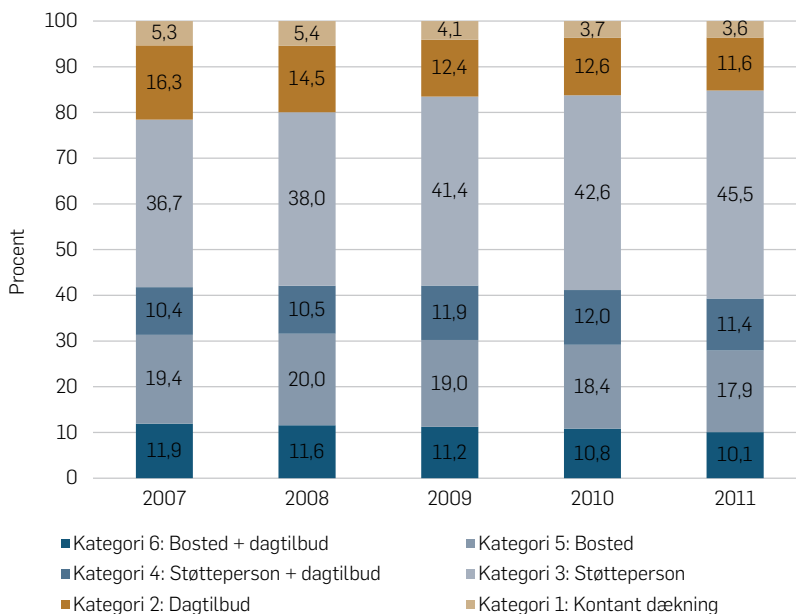
Kilde: KMD og kommuner.

Figur 6.1 følger den relative fordeling af de seks kategorier gennem de fire år. Den relative fordeling af ydelser viser, at der bliver relativt færre modtagere inden for ydelseskategori 1 (kun kontant dækning efter SEL § 100) og ydelseskategori 2 (dagtilbud efter SEL § 103 og SEL § 104), dvs. ydelser med et lavt støtteniveau. Til gengæld sker der en forøgelse inden for ydelseskategori 3 (støtteperson efter SEL §§ 83 og 85), hvorimod ydelser inden for kategori 4 relativt set anvendes omtrent lige meget gennem årene. Brugen af kategori 5 og 6 udgør i periodens senere år en relativt mindre del af billedet.

Udviklingen i den relative fordeling giver således et billede af, at kommunerne omlægger deres sociale indsats over for mennesker med sindslidelse, således at de i en større del af tilfældene yder bostøtte eller hjemmehjælp, eventuelt kombineret med dagtilbud, og i en mindre del af tilfældene yder de øvrige former for støtte.

FIGUR 6.1

Personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, fordelt efter ydelseskategori. 2007-2011.¹ Procent.



Ann.: 2007: N = 13.730, 2008: N = 15.202, 2009: N = 16.987, 2010: N = 17.400, 2011: N = 17.747.

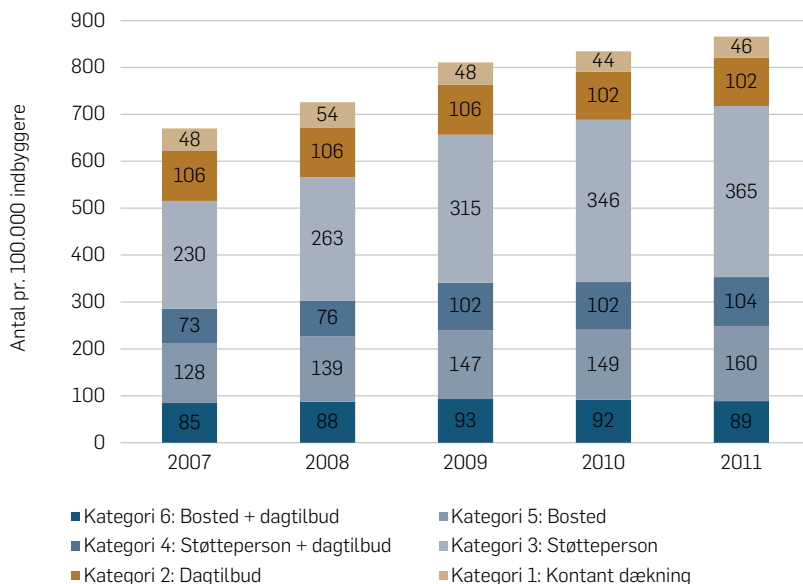
1. Bemærk at ydelsesniveauet angives i omvendt rækkefølge.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Da det samlede antal modtagere af alle disse ydelser stiger gennem perioden, kommer billedet af den antalmæssige udvikling til at se lidt anderledes ud. Figur 6.2 angiver det antal borgere pr. 100.000 indbyggere mellem 18 og 64 år, som i perioden stiger fra ca. 810 til ca. 1.053. Udviklingen i bostøtte dominerer billedet med næsten 50 pct. stigning over de fire år. Men antallet af personer med den mest intensive støtte stiger også. Den eneste ydelse, der udviser fald, er faktisk merudgiftsydelsen.

FIGUR 6.2

Personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, fordelt efter ydelseskategori. 2007-2011.¹ Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Antal kommuner for hver kategori: Kategori 1: N = 37-40. Kategori 2: N = 56-58. Kategori 3: N = 48-55. Kategori 4: N = 44-46. Kategori 5: N = 58-61. Kategori 6: N = 55-58.

1. Bemærk at ydelsesniveauet angives i omvendt rækkefølge.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

KOMMUNALE FORDELINGER AF YDELSESKATEGORIER

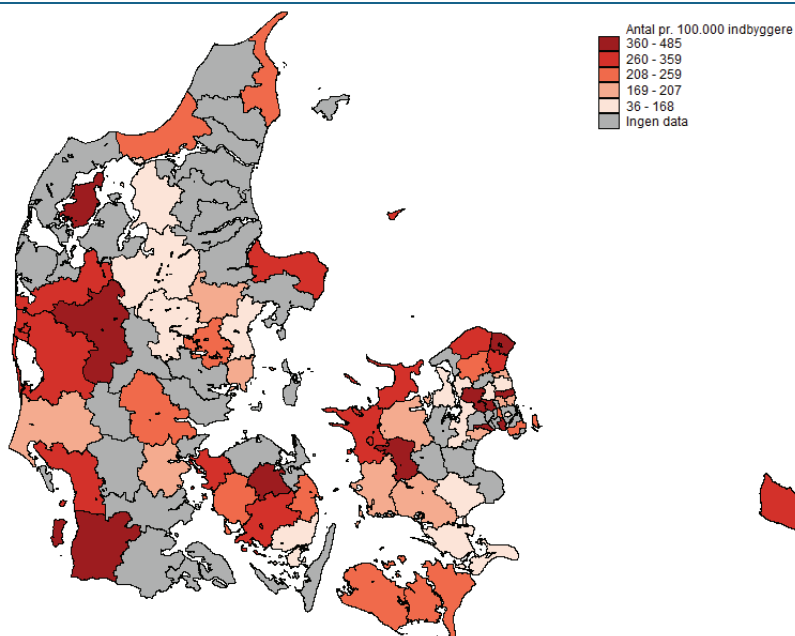
Det følgende afsnit præsenterer niveauet for de seks ydelseskategorier for de kommuner, som undersøgelsen har oplysninger fra. Vi illustrerer ved at præsentere kommunale niveauer på et landkort. Vi fokuserer på de intensive ydelseskategorier, hvorfor disse optræder i landkortene nedenfor.

Figur 6.3 viser et kort over antal borgere, der modtager støtte i en af de to mest intensive kategorier, hvilket betyder, at de har botilbud og eventuelt desuden et dagtilbud. Kortet viser, at mange af de områder af landet, som har mange sindslidende borgere med intensiv social støtte, der omfatter botilbud, placerer sig i udkantsområder som Vestjylland og

Bornholm. En del ligger også i storbykommunerne omkring København og Odense Det er imidlertid vanskeligt at afgøre en sådan fordeling på basis af et landkort, men analysen af sammenhæng med befolkningstæthed senere i kapitlet vil bekræfte dette indtryk.

FIGUR 6.3

Kommuner med angivelse af antal personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse i botilbud. 2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: N = 56 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og Økonomi- og Indenrigsministeriet.

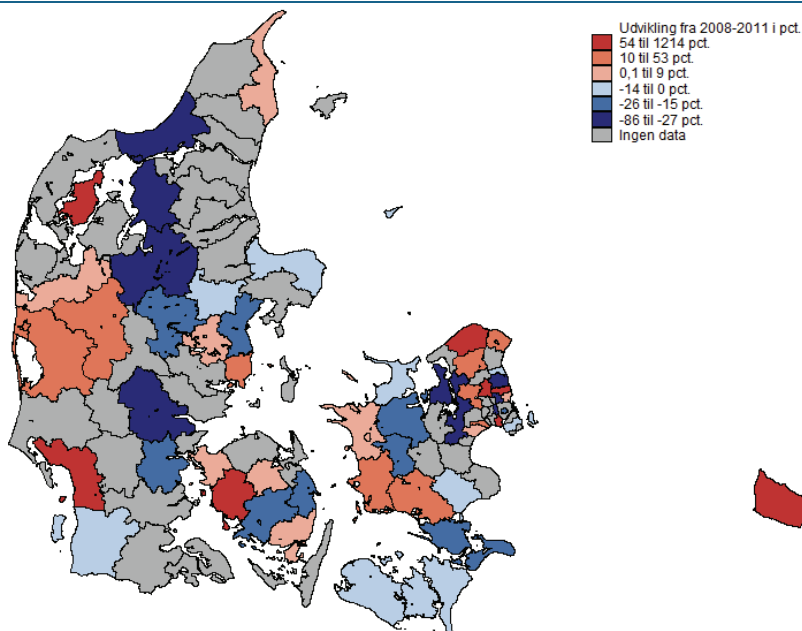
Figur 6.4 viser udviklingen i antallet af borgere, der modtager støtte i en af de to mest intensive kategorier, dvs. borgere med botilbud af en eller anden art samt eventuelt også dagtilbud, i perioden 2008-2011. Vi betragter denne udvikling med udgangspunkt i 2008, idet vi anser 2008-data for mere fuldstændige end 2007-data.²¹

21. Grundet et lavt antal deltagende kommuner i 2007 bliver tallene usikre, hvorfor de ikke medtages i denne beregning.

Figuren viser, at det øgede brug af botilbud, vi har set som den overordnede tendens for landet, langt fra gælder for alle kommuner. Der er store forskelle. I områder i Jylland som på Sjælland har kommunerne i løbet af de tre år reduceret antallet af brugere af botilbud med 27 pct. eller mere. I andre områder i Jylland samt på Fyn, Sjælland og Bornholm har de øget antallet med 54 pct. eller mere. En klar udvikling enten op eller ned er snarere reglen end undtagelsen.

FIGUR 6.4

Kommuner med angivelse af udviklingen i andelen personer, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse i ydelseskategori 5 og 6, 2008-2011. Procent.



Anm.: N = 53 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

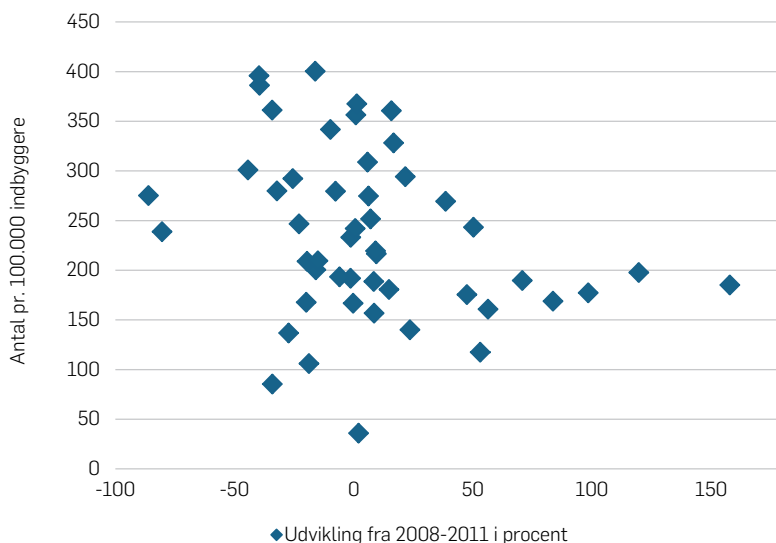
Der er en svag, men ikke signifikant tendens til, at kommuner med mange mennesker med sindslidelser i botilbud også er dem, der har den største vækst i antallet. Den manglende sammenhæng er i dette tilfælde værd at bemærke: Der er både eksempler på, at kommuner med mange borgere i botilbud, og på at kommuner med få borgere i botilbud, øger antallet af borgere i botilbud, og på at de reducerer dette antal.

Der er store forskelle på, hvor meget landets kommuner benytter sig af botilbud til mennesker med sindslidelser. I 2008 havde et par kommuner botilbud til omkring 50 borgere pr. 100.000 indbyggere mellem 18 og 64 år, mens et par andre kommuner havde botilbud til ca. 400 eller flere borgere. De fleste kommuner spredte sig nogenlunde jævnt over intervallet 100-320 borgere med sindslidelse pr. 100.000 i botilbud. Den i sidste afsnit nævnte korrelation betyder, at forskellene mellem kommunerne i 2011 er blevet endnu større.

Figur 6.5. viser sammenhængen mellem antal personer i kategori 5-6 i 2008 og udviklingen i dette antal fra 2008-2011.

FIGUR 6.5

Sammenhængen mellem antal personer på 18-64 år, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse i botilbud¹ i 2008 og udviklingen i dette antal fra 2008-2011. Procent.



Anm.: N = 52 kommuner.

1. Svarende til kategori 5-6.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Korrelationskoefficienten er $-0,3$ hvilket peger på, at et højere niveau for ydelseskategori 5 og 6 i 2008 betyder en lavere udvikling fra 2008 til 2011. Det mest bemærkelsesværdige ved figuren er dog, at det store flertal af

kommuner har et nogenlunde uforandret antal mennesker i kategori 5-6 (botilbud), samtidig med at spredningen i dette antal er meget betydelig.

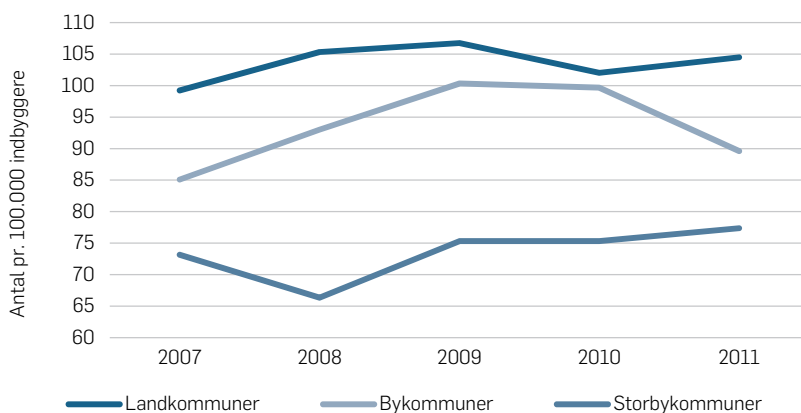
YDELSESKATEGORIER EFTER URBANITET

Der kan som nævnt være grunde til, at kommunens karakter af land, by eller storbyområde betyder noget for, hvilken social indsats borgerne med sindslidelse i området har behov for, samt for hvilken indsats kommunens borgere i almindelighed og kommunens politikere mener, der skal ydes. Som vi så på figur 5.5, er opdelingen efter befolkningstæthed samtidig en opdeling i det storbyprægede Danmark, det by-og-land-prægede Danmark og det rent landlige ”Udkantsdanmark”.

Figur 6.6 viser anvendelsen af den mest intensive form for støtte, botilbud plus dagtilbud, efter befolkningstæthed i 2007-2011. Landkommuner benytter i 2011 denne form for støtte 17 pct. mere end bykommuner gør og 36 pct. mere end storbykommuner. Tidligere i perioden var forskellene større.

FIGUR 6.6

Personer på 18-64 år, der modtager den sociale ydelse botilbud plus dagtilbud til mennesker med sindslidelse – den mest intensive form for støtte – særskilt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



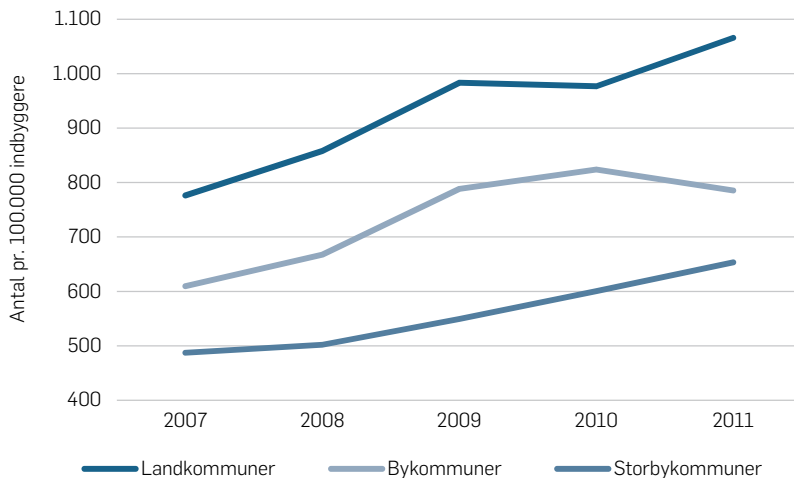
Anm.: Landkommuner: N = 14-15 kommuner; Bykommuner: N = 22-24 kommuner; Storbykommuner: N = 18-21 kommuner.
Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

For alle typer kommuner viser figuren en vis fluktuation, men alt i alt et øget brug af den mest intensive form for støtte over perioden.

Vi har ligeledes set på anvendelsen af støtte i kategori 5 eller 6, kategori 4, 5 eller 6 og kategori 3, 4, 5 eller 6, og billedet kommer i alle tilfælde til at ligne det, vi netop har set i figur 6.6 med landkommuner som de kommuner, der yder støtte til det største antal borgere, bykommuner i midten, og storbykommuner som de kommuner, der yder støtte til det mindste antal borgere. Når vi inddrager dagtilbud og støtteperson som støtteformer, bliver væksten over perioden for alle typer kommuner dog større.

FIGUR 6.7

Personer på 18-64 år, der modtager den sociale ydelse botilbud, dagtilbud, eller støtteperson til mennesker med sindslidelse, særskilt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Landkommuner: N = 12-18 kommuner; Bykommuner: N = 18-25 kommuner; Storbykommuner: N = 11-21 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

For at afrunde billedet viser vi på figur 6.7, hvor meget kommunerne anvender støtteformerne botilbud, dagtilbud og støtteperson under ét, det vil sige, hvor ofte de anvender støtte i kategori 2, 3, 4, 5 eller 6. Figuren viser, at landkommunerne i 2011 anvender en af disse støtteformer 35 pct. mere end bykommunerne og 65 pct. mere end storbykommuner-

ne. Her har forskellen mellem kommunetyper været lidt større i periodens sidste tre år end i de to første.

Brugen af støtte i kategori 2 eller mere er vokset nogenlunde lige meget over de fire år for de tre typer kommuner. For landkommuner har tilvæksten været på 35 pct., for bykommuner har tilvæksten været på 30 pct., og for storbykommuner har tilvæksten været på 33 pct. Selvom kommunerne adskiller sig meget fra hinanden, og selv om enkelte kommuner kan vise stor forandring fra et år til et andet, udviser disse større grupper af kommuner således en ganske jævn udvikling.

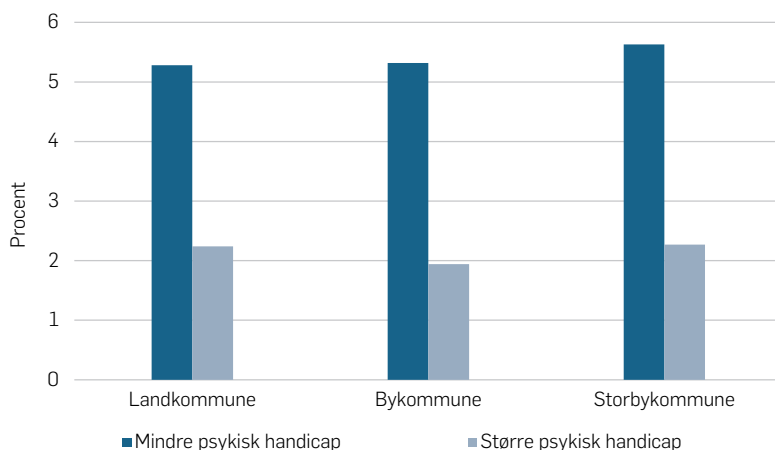
Samlet set viser figurene en generel tendens til, at den sociale indsats over for mennesker med sindslidelse er stigende i perioden. Det betyder, at bykommuner udvikler sig hen mod den situation, der fandtes på landet fire år tidligere. Hvis denne udvikling har fundet sted over en længere periode end den her viste, bevæger storbykommunerne sig mod en situation, der fandtes på landet seks år tidligere.

Det er et højst usædvanligt billede, når det drejer sig om udviklingstendenser. Det almindelige trendologiske billede er det omvendte, at situationen på landet udvikler sig hen i retning af det billede, man kunne se i byen nogle år tidligere. Når vi her kan iagttage dette mere usædvanlige billede, kan det være en kombination af, at de sociale problemer er mere synlige i et samfund med mindre befolkningstæthed og færre byer, og at der er en udvikling i gang med en voksende social indsats i forhold til mennesker med sindslidelse.

Figur 6.6 og 6.7 viser klart, at landkommuner anvender sociale indsatser over for mennesker med psykiske vanskeligheder mere end bykommuner og meget mere end storbykommuner. Kan det være fordi, der simpelthen er flere mennesker med psykiske lidelser på landet og færrest i storbyen? Det spørgsmål giver den helt nye handicapundersøgelse SHILD (Damgaard m.fl., 2013) os en mulighed for at belyse. Her har et tilfældigt udvalg af voksne (16-64 år) bl.a. svaret på, om de havde en psykisk lidelse, og hvis de svarede ja, om denne var større eller mindre.

FIGUR 6.8

Borgere med mindre eller større fysisk handicap, særligt for handicappets størrelse og land-, by- og storbykommuner. Procent.



Anm.: N = 17.696.

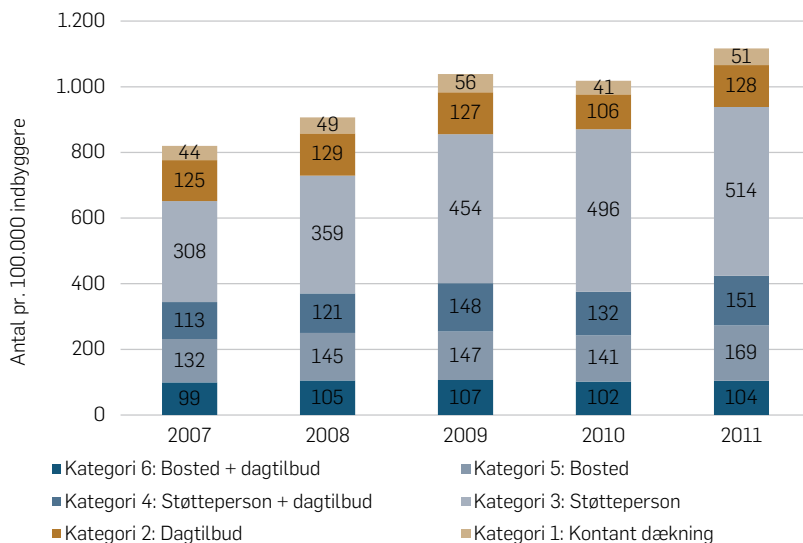
Kilde: SHILD-spørgeskemaundersøgelse, Økonomi- og Indenrigsministeriets nøgletal og egne beregninger.

Figur 6.8 viser andelen af personer i SHILD med selvrapporteret psykisk handicap, fordelt efter kommunens befolkningstæthed på samme måde som i denne undersøgelse. Figuren viser en ganske svag sammenhæng, men i modsat retning af det vi leder efter. Der er flest med psykiske lidelser i storbyen og færrest på landet. Intet tyder således på, at forklaringen på den mindre anvendelse af sociale ydelser til personer med sindslidelse i storbyen skulle ligge i, at storbyfolket har færre psykiske lidelser.

De følgende tre figurer viser, hvor meget henholdsvis landkommuner, bykommuner og storbykommuner benytter støtte på niveau 1, 2, 3, 4, 5 og 6. Støtteniveauerne er anbragt som klodser oven på hinanden med niveau 1 øverst og niveau 6 nederst, og på hver klods har vi med et tal skrevet, hvor stor den er. Det gør, at læseren kan følge støtte på et bestemt niveau eller højere over perioden.

FIGUR 6.9

Personer på 18-64 år i landkommuner, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, fordelt efter ydelseskategori. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Kategori 1: N = 9-11 kommuner, Kategori 2: N = 16-18 kommuner, Kategori 3: N = 13-15 kommuner, Kategori 4: N = 12-14 kommuner, Kategori 5: N = 16-18 kommuner, Kategori 6: N = 14-15 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

For at se hvor meget kommunerne anvender støtte på niveau 4 eller mere, skal læseren således følge, hvor højt de tre nederste klodser tilsammen når op i billedet. Figuren er konstrueret sådan, fordi det interessante ikke er at følge, hvordan kommunen anvender den enkelte form for støtte, men derimod i hvor mange tilfælde den anvender støtte på et givet niveau eller højere.

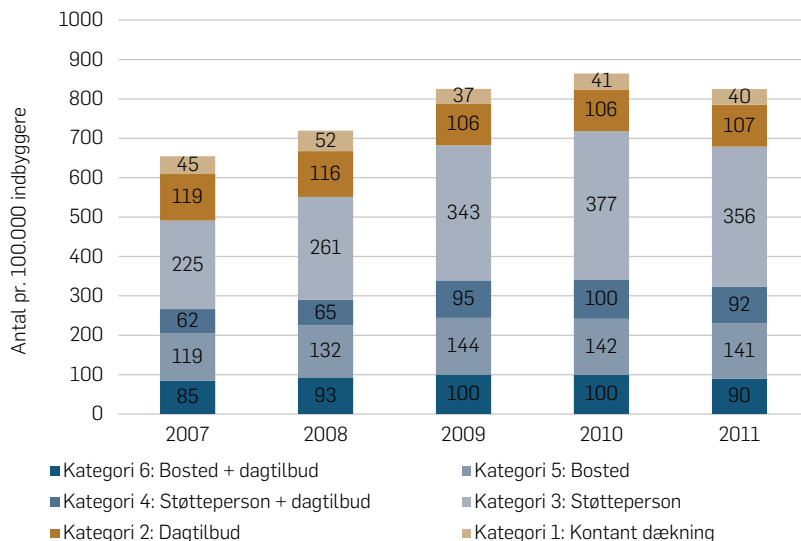
Figur 6.9 viser anvendelsen af støtte på de seks niveauer i landkommuner. Figuren viser en jævn vækst fra år til år i anvendelsen af de fleste former for støtte, specielt hvis man som anvist ovenfor ser på anvendelsen af et givet niveau eller højere niveauer af støtte.

Figur 6.10 viser på samme måde, hvordan bykommunerne anvender de seks niveauer af støtte til mennesker med sindslidelse i årene 2007-2011. Udviklingen i bykommunerne gennem de første år ligner udviklingen i landkommunerne. Også her er det gennemgående billede

stigning i benyttelse af støtte på alle niveauer, når højere niveauer hele tiden medregnes, set i forhold til året inden.

FIGUR 6.10

Personer på 18-64 år i bykommuner, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, fordelt efter ydelseskategori. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Kategori 1: N = 15-17 kommuner, Kategori 2: N = 23-24 kommuner, Kategori 3: N = 18-21 kommuner, Kategori 4: N = 20-21 kommuner, Kategori 5: N = 23-25 kommuner, Kategori 6: N = 22-24 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

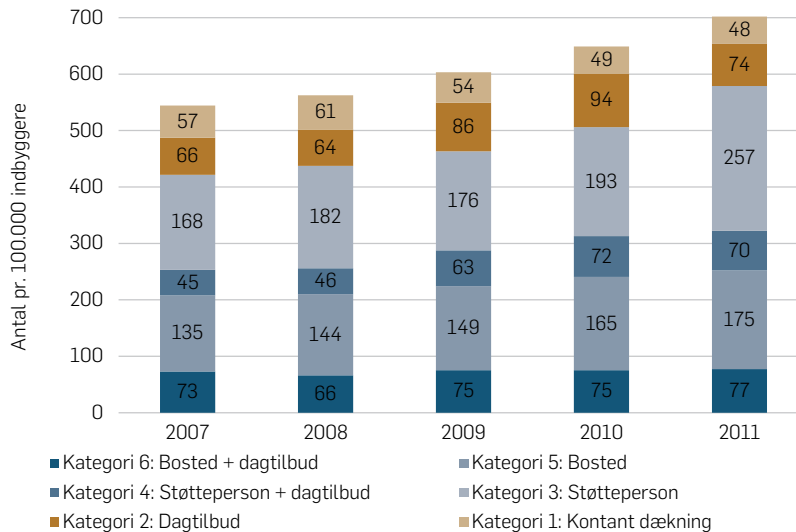
Vi kan ikke udelukke, at de to afvigelse fra den generelt stigende tendens, som vi ser på figurer 6.9 for 2010 og på figur 6.10 for 2011, er udtryk for dataudfald. Vi har imidlertid ikke umiddelbart kunnet finde noget, der pegede på det. Trods disse to afvigelse er den almindelige tendens dog så dominerende, at den foreløbig må betegnes som trenden. Vi skal se flere år med enten faldende eller svingende tal, før vi kan konkludere, at der ikke længere er en stigende tendens.

Figur 6.11 viser en generel og jævn stigning i anvendelsen af støtte på de seks niveauer i storbykommuner fra 2007 til 2011. Det regelmæssige billede får stigningen til at se overbevisende ud her, men for ydelsen støtteperson er den faktisk lidt større for bykommuner og endnu større for landkommuner over perioden som helhed, i alle tilfælde mel-

lem 50 og 60 pct. For botilbud er væksten til gengæld størst i storbykommuner, men den er næsten lige så stor i landkommuner.

FIGUR 6.11

Personer på 18-64 år i storbykommuner, der modtager en eller flere sociale ydelser til mennesker med sindslidelse, fordelt efter ydelseskategori. 2007-2011. Antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: Kategori 1: N = 11-14 kommuner, Kategori 2: N = 15-18 kommuner, Kategori 3: N = 16-19 kommuner, Kategori 4: N = 11-12 kommuner, Kategori 5: N = 18-20 kommuner, Kategori 6: N = 18-21 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Figurerne 6.9-6.11 viser alle tre, at antallet af borgere med sindslidelse, der modtager støtte, stort set stiger gennem perioden, og antallet af borgere, der modtager de mest omfattende former for støtte, også stiger. For storbykommuner og landkommuner fortsætter denne udvikling jævnt eller næsten jævnt gennem de fem år. Kun for bykommuner viser billedet en opbremsning og vending til sidst.

OPSUMMERING

Dette kapitel har præsenteret udviklingen i tildelingen af ydelser ved at betragte ydelserne ud fra deres intensitet. Vi fandt, at støtteperson udgør

den største andel af ydelserne i alle årene efterfulgt af bosted. Vi så ligeledes en stigning fra 2007 til 2011 i andelen af borgere, der modtager sociale ydelser til mennesker med sindslidelse.

Vi har forenklet de mange ydelser ned til seks kategorier af ydelser, således at ydelsen til en person et år kan repræsenteres ved en enkelt ydelseskategori i stedet for ved oplysning om modtagelse eller ikke modtagelse af hver af syv forskellige enkeltparagraffer. Denne forenkling har vi foretaget for mere klart at kunne se udviklingen over tid og forskellen mellem kommuner. Det, der giver mening, er at se på ydelsen af støtte på et givet niveau eller højere.

Konstruktionen af kategorier og ydelsesniveauer giver et billede af, hvor megen støtte de forskellige kommuner giver alt i alt. Det viser sig, at der er betydelige forskelle i, hvor mange mennesker med sindslidelse den enkelte kommune støtter på et givet niveau. Hvis vi fx ser på støtte på niveau 5 eller 6, som indebærer en boform samt muligvis et dagtilbud, finder vi flere kommuner i landet, som støtter tre gange så mange mennesker som flere andre kommuner i landet, set i forhold til kommunens indbyggertal. Spændet mellem højeste og laveste kommuner er på en faktor 10, dvs. én kommune støtter 10 gange så mange som en anden kommune.

Der er ligeledes stor forskel på, hvilken udvikling man finder i brugen af disse ydelser. For landet som helhed er der tale om stigende brug af støtte på alle niveauer over de fire år. Men kun få kommuner følger denne jævnt stigende trend. I en del kommuner ser vi en reduktion med en fjerdedel eller mere, i en del en forøgelse med en halv gang eller mere i anvendelsen af en ”tung” ydelse som botilbud.

Landkommuner yder alt i alt støtte til flere mennesker med sindslidelser end bykommuner, og bykommuner yder støtte til flere mennesker med sindslidelser, end storbykommuner gør. Sammenholdt med den jævne vækst i anvendelsen af støtte, vi finder for disse større grupper af kommuner, betyder det, at bykommuner i perioden støtter det antal mennesker med sindslidelse, som landkommuner støttede fire år tidligere, og storbykommuner støtter det antal mennesker med sindslidelse, som bykommuner støttede fire år tidligere.

Udviklingen ser således ud til at være kommet først i landkommuner, derefter i bykommuner og til sidst i storbykommuner. I den forbindelse skal vi dog lige minde om, at vi desværre mangler data fra Københavns Kommune.

Ydermere finder vi, at tendensen i landkommunerne ikke afspejles i andelen af personer med selvrapporteret psykisk handicap, baseret på data fra en panelundersøgelse med knap 20.000 respondenter. Analysen viser, at der ikke er nogen sammenhæng mellem andelen af personer med psykisk funktionsnedsættelse og befolkningstætheden i respondents bopælskommune.

KOMMUNENS POLITIK

Denne kortlægning af den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser har i de forrige kapitler givet en oversigt over, hvor mange mennesker der får en indsats på hvert af de forskellige intensitetsniveauer i form af botilbud, dagtilbud eller støtteperson. Skønt det datamateriale, vi har kunnet tilvejebringe, giver store udfordringer, er det fremgået, at borgere med den særlige sociale indsats, som sigter på mennesker med sindslidelser adskiller sig stærkt, ikke blot fra befolkningen som helhed, men også fra den del af befolkningen, som har psykiske lidelser. Der er tale om en socialt stærkt belastet gruppe, og diagnoserne er for en stor dels vedkommende psykoser.

Vi har set, at de områder af landet, der er præget af landmiljø og landsbysamfund, yder denne støtte betydeligt oftere end de områder, der er præget af både by og land, som igen yder støtten til betydeligt flere end de områder af landet, der er præget af storby. Vi har også set, at den sociale støtte til mennesker med sindslidelser alt i alt stiger over perioden i alle typer kommuner. Men selv om billedet tegner disse store linjer, handler kommunerne alligevel vidt forskelligt. Nogle kommuner yder støtte til langt flere borgere end andre, nogle øger deres støtte betydeligt, mens andre skærer den ganske meget ned.

Dette kapitel vil gå lidt tættere på kommunen som aktør på området social støtte, som særligt retter sig til mennesker med sindslidelse.

Derfor vil vi følge den enkelte borger år for år for at se, hvordan denne støtte bliver etableret, og hvordan kommunen eventuelt aftrapper den igen. Sigtet med den sociale indsats over for denne gruppe er at give en støtte til mennesker, der ikke kan magte deres tilværelse uden denne. Men sigtet er samtidig at give borgerne en støtte til, at de selv lidt efter lidt kan klare sig med mindre hjælp. Støtten er altså på den ene side en omsorg, men skal på den anden side være en støtte for borgerens recovery. Det er derfor ikke blot interessant at følge, hvor meget kommunerne støtter borgerne, men også hvordan de hjælper borgerne ud af denne støtte igen.

Som tegn på større grad af selvhjulpethed ser vi i første omgang på, hvor mange borgere kommunerne hvert år udsluser fra de forskellige ordninger. Idet det ikke er brugen af den enkelte paragraf i serviceloven, men derimod den grad af støtte, som den enkelte borger modtager, som er i centrum for denne analysedel, benytter vi i her igen den kategorisering af ordninger, der blev introduceret i kapitel 4. Vi ser til en begyndelse på de helt store træk i dette billede og reducerer derfor de 6 kategorier til to niveauer af indsats, som den enkelte borger kan modtage, nemlig *botilbud* eller *dagtilbud*, hvor det sidstnævnte også omfatter bostøtte.

Den mest intensive indsats foreligger, når borgeren er bruger af et botilbud. Når en borger modtager botilbud, skelner vi ikke mellem serviceloven §§ 107-108 og almenboligloven § 105, idet det er indtrykket, at disse foranstaltninger ofte afløser hinanden i kommunerne og ikke behøver være særlig forskellige. Botilbud svarer til vores kategori 5-6, hvor en person samtidig med botilbud også godt kan modtage dagtilbud, men for enkelthedens skyld betragter vi dette niveau samlet som ”botilbud”, idet kun en mindre andel får botilbud samtidig med dagtilbud. Den mindre intensive indsats foreligger, hvis borgeren er bruger af et dagtilbud, af en støtteperson eller begge dele, men bor i egen bolig og ikke i nogen form for botilbud. Borgere, der hører under dagtilbudsindsatsen, svarer til de borgere, der hører til kategori 2-3-4.

Der er meget stor forskel på den grad af indsats, der er tale om i den mere og den mindre intensive indsats, altså på botilbud og dagtilbud. Dels handler det om, at borgerens tilstand må antages at være mere alvorlig, hvis hun eller han modtager den mere intensive støtteform og ikke kan klare sig i egen bolig, men bor i botilbud, fremfor hvis borgeren modtager dagtilbud eller et år slet ikke modtager tilbud. I kapitel 4 så vi, at personer, der modtager bostedssydelse som § 107, § 108 og ABL § 105

er karakteriseret ved typer af sindslidelser, der rangerer højere i diagnosehierarkiet end personer, der modtager fx dagtilbud eller bostøtte (figur 4.2). Dels handler det om, at disse to typer af indsatser er karakteriseret ved et meget forskelligt omkostningsniveau.

Borgerens ophør med en ydelse behøver imidlertid ikke være udtryk for, at borgeren nu har det meget bedre og ikke længere har behov for den. Sagen kan også hænge anderledes sammen – kommunens praksis kan for eksempel spille en rolle. Fokusgrupperne i SFT's kortlægning af bostøtte (Bengtsson & Røgeskov, 2012) omtalte således, at nogle kommuner ophører med den sociale støtte til mennesker med sindslidelse ved en indlæggelse. Det bliver undertiden betegnet som ”nulstilling”. Hvis borgeren ikke får søgt om støtte igen efter udskrivning, vil det i vores opgørelse ligne en udslusning.

En anden mulighed er, at kommunen gennemfører en systematisk revision af en type ydelser til mennesker med sindslidelse med henblik på at reducere antallet af modtagere. Den indledende indsamling af materiale til SFT's nævnte kortlægning af bostøtte viste, at nogle kommuner rettede søgelyset mod botilbud og undersøgte, om de ikke kunne udsluse en del af borgerne til at klare sig med bostøtte i egen bolig. Der var også kommuner, som forsøgte at reducere bostøtten. En sådan systematisk revision af en ydelse i en kommune vil give sig udtryk i, at antallet af borgere med ydelsen fra et år til et andet bliver betydeligt mindre.

LANDSNIVEAUER FOR UDSLUSNING

Tabel 7.1 viser, hvordan det går for personer, som i 2007 modtager den lidt mindre intensive form for støtte dagtilbud, dvs. støtteperson, beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud eller værested. Af dem vil mere end tre fjerdedele, nemlig 79 pct., også modtage denne form for støtte året efter, mens 21 pct. vil modtage en mindre intensiv grad af støtte, og ingen vil modtage en mere intensiv grad.

Også for de følgende år viser tabellen en udslusningsprocent på omkring 20 og en fortsættelsesprocent på op til 80. Kun få procent går op til det højere niveau af støtte. Idet tilgangen til det højere niveau, botilbud, er på 800-1.000 personer årligt i de kommuner, vi har data fra, viser tabellen også, at kun omkring en tredjedel af de nye botilbudsbeboere

har modtaget støtte i form af dagtilbud eller botilbud, året inden de er startet i botilbud.

TABEL 7.1

Personer på 18-64, der et år modtager den sociale ydelse dagtilbud til mennesker med sindslidelse, fordelt efter deres modtagelse af samme tilbud året efter. 2007-2011. Antal og procent.

	2007-2008		2008-2009		2009-2010		2010-2011	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Udslusning fra dagtilbud	21	1.704	16	1.535	20	2.177	21	2.466
Forbliver i dagtilbud	79	6.531	80	7.547	78	8.529	76	8.725
Intensivering fra dagtilbud til botilbud	0	21	4	364	2	235	3	328

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Tabel 7.2 viser på samme vis udslusningen fra botilbud. Procenterne minder meget om de tilsvarende fra tabel 7.1. Her ser vi også en udslusningsprocent på omkring 20 – her knap 20 og en fortsættelsesprocent på omkring 80 – her godt 80. Den eneste forskydning går i retning af, at udslusningen bliver en smule større for den sidste periode fra 2010 til 2011. En større udslusningsprocent betyder et længere forventet ophold for borgeren i botilbuddet, under forudsætning af, at der er ligevægt mellem indtag og udslusning. Med tallene fra tabel 7.2 betyder det, at borgernes forventede ophold i botilbud falder fra godt 6 år til knap 5 år i gennemsnit.

TABEL 7.2

Personer på 18-64, der et år modtager den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse, fordelt efter deres modtagelse af samme tilbud året efter. 2007-2011. Antal og procent.

	2007-2008		2008-2009		2009-2010		2010-2011	
	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal
Udslusning fra botilbud	18	751	18	870	18	914	20	1.015
Forbliver i botilbud	82	3.504	82	3.884	82	4.144	80	3.977

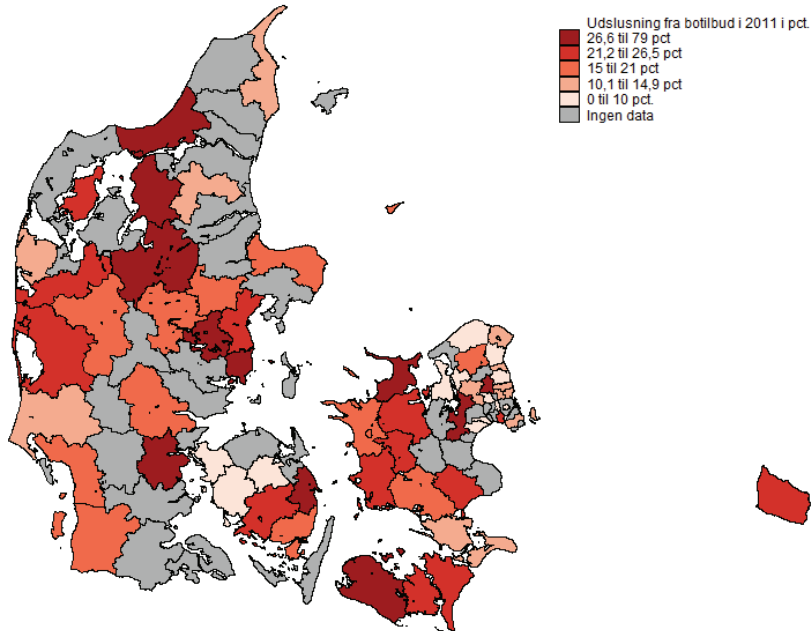
Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Figur 7.1 viser kommunernes udslusning fra botilbud på et kort. Kommuner med høj og lav udslusning ser ud til at være fordelt ganske usy-

stematisk ud over landet. Der er fx ingen sammenhæng med befolkningstæthed.

FIGUR 7.1

Kommuner med angivelse af udslusning af personer på 18-64 år fra den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse. 2010-2011. Procent.



Anm.: N = 58 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

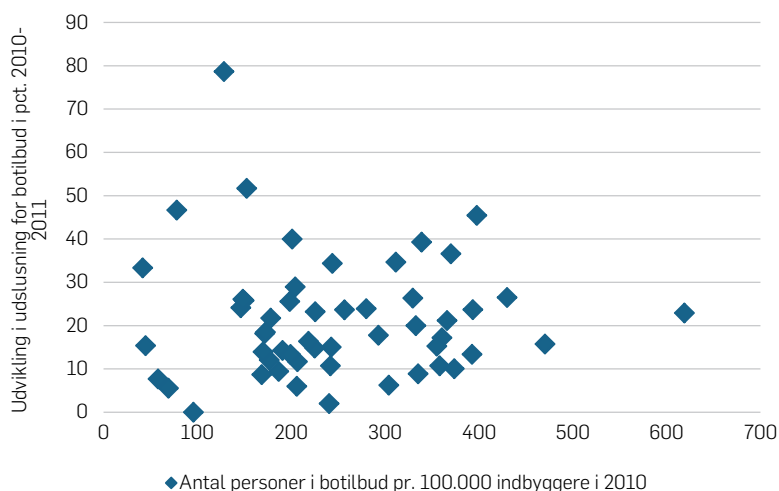
Figur 7.2 viser, at de kommuner, som har færre borgere i botilbud, har en smule højere grad af udslusning. Korrelationskoefficienten er imidlertid kun på $-0,018$, hvilket betyder, at den negative samvariation mellem kommunens antal af borgere i botilbud og den procentvise udslusning af borgere fra botilbud for 2011 ikke er signifikant.

Vi havde imidlertid forventet en positiv korrelation. Det er bemærkelsesværdigt, at kommuner med mange borgere i botilbud ikke har en væsentlig højere udslusningsprocent end kommuner med få borgere i botilbud. Har kommunen kun få borgere i botilbud, er det nærliggende at forestille sig, at det må være borgere med en omfattende social problematik knyttet til sindslidelsen, og at det følgelig må være borgere, som

kommunen har vanskeligt ved at sluse ud i egen bolig. Hvis kommunen derimod har mange borgere i botilbud, vil den også kunne give dette tilbud til borgere, hvis sociale problematik er mindre omfattende.

FIGUR 7.2

Sammenhængen mellem andelen af personer på 18-64 år, der modtager den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse, og udslusning fra botilbud. 2010-2011. Procent og antal pr. 100.000 indbyggere.



Anm.: N = 53 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Figur 7.3 illustrerer sammenhængen mellem udslusning fra botilbud i 2007-2008 og udviklingen i udslusning fra 2008-2011. Korrelationen er 0,798, hvilket ikke blot er en signifikant positiv korrelation, men også viser en usædvanlig kraftig sammenhæng. Det betyder, at de kommuner som allerede i 2007 havde en høj grad af udslusning, også er dem, som i løbet af de følgende fire år har øget deres udslusning mest. Dermed er forskellene mellem kommunernes udslusningsprocenter samtidig blevet større.

Korrelationen på figur 7.3 bliver så ekstremt høj på grund af seks ekstreme tilfælde, fem med meget høje udslusningsprocenter som udgangspunkt og meget kraftig vækst i disse, og en som ligger meget lavt med hensyn til disse forhold. Men selv når vi ser bort fra disse seks ekstreme tilfælde, er der stadig en klar sammenhæng, således at kommuner,

der som udgangspunkt udslusede mange, også er dem, der øger deres udslusning mest. Forskellen mellem kommuner med mange udslusninger og dermed kort gennemsnitligt ophold i botilbud og kommuner med få udslusninger og dermed langt gennemsnitligt ophold i botilbud er med andre ord øget over perioden.

FIGUR 7.3

Sammenhængen mellem udslusning i 2007-2008 af personer på 18-64 år fra den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse og udviklingen i denne udslusning 2008-2011. Procent.



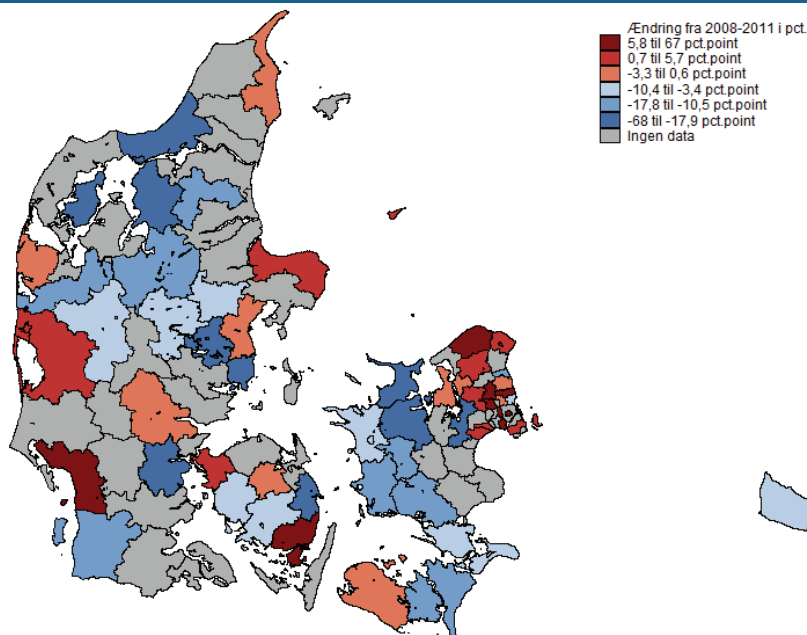
Anm.: N = 52 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

Figur 7.4 viser, hvor i landet kommuner med øget udslusning (røde farver) og kommuner med mindsket udslusning (blå farver) befinder sig. Figuren viser, at kommunerne fordeler sig over hele landet – så vidt det er at se helt uden systematik. Der er kommuner med øget udslusning i land-, by- og storbykommuner, i Jylland og på øerne, endda kommuner med den stærkeste øgede udslusning. Og der er kommuner med mindsket udslusning, og endda også med den stærkeste mindskede udslusning i alle områder.

FIGUR 7.4

Kommuner med angivelse af udvikling i udslusningsprocent af personer på 18-64 år fra den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse. 2008-2011. Procentpoint.



Anm.: N = 55 kommuner.

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

OPHOLDSTID I BOTILBUD

Der er en sammenhæng mellem udslusning og det antal år, en borger må forventes at blive i en ordning. Tabel 7.3 viser, at en udslusning på 15 pct., som vi skal se, at storbykommunerne havde i 2011, betyder gennemsnitligt godt 6 år i ordningen, mens en udslusning på 23 pct., som landkommunerne havde samme år, betyder at borgeren i gennemsnit er knap 4 år i ordningen. Tabellen bygger ikke på flerårige data, men derimod på en teoretiske model, der går ud på, at personer, som er i botilbuddet, har en konstant sandsynlighed for at holde op hele tiden, således at antallet af medlemmer reduceres eksponentielt. Denne proces modvirkes så af optagelsen af nye medlemmer. Med udgangspunkt i modellen

er det nemt at beregne, hvor lang en forventet opholdstid der svarer til en given udslusningsprocent.²²

De gennemsnitlige opholdstider i tabel 7.3 er beregnet under forudsætning af, at de anførte udslusningsprocenter er konstante i en periode. Derimod er det ikke forudsat, at indtaget af nye borgere i ordningen er konstant. Tabel 7.1 og 7.2 tyder på, at udslusningsprocenterne fra dagtilbud og fra botilbud faktisk holder sig ret konstant i gennemsnit. De anførte opholdstider er derfor et godt bud på gennemsnit for de faktiske opholdstider i ordningerne.

TABEL 7.3

Sammenhængen mellem udslusningsprocent og forventet tid i ordning, under forudsætning af balance mellem optag og udslusning. Teoretisk beregning. Udslusning i procent og antal års forventet ophold.

Udslusningsprocent	25	22	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8
Gennemsnit årsophold	3,5	4,0	4,5	4,7	5,0	5,4	5,7	6,2	6,6	7,2	7,8	8,6	9,5	10,6	12

Kilde: KMD, kommuner og egne beregninger.

UDSLUSNING EFTER URBANITET

Når vi ser på indsatsen i form af botilbud, er det tydeligt, at udslusningen i landkommuner ved periodens start var på omkring 15 pct., men stiger i løbet af perioden til knap 24 pct. I bykommuner var udslusningen som udgangspunkt noget højere, 19 pct., og den stiger i det sidste år til ca. 22 pct. I storbykommunerne var den omvendt højere i 2007, men der falder den lidt i den betragtede periode og ender på 16 pct.

Den nævnte udvikling betyder, at den forventede opholdstid i botilbud i landkommunerne gennem perioden er faldet fra 6,2 år til 3,7 år – for bykommuner er den faldet fra knap 5 år til knap 4 år, mens den for storbykommunerne er steget fra 4,7 år til 5,7 år. Det ser således ud til, at den samlede udvikling er gået mod kortere opholdstider i botilbud på landet og i nogen grad også i bykommuner, mens den er gået den modsatte vej i storbykommuner. Den kortere opholdstid i botilbud, som

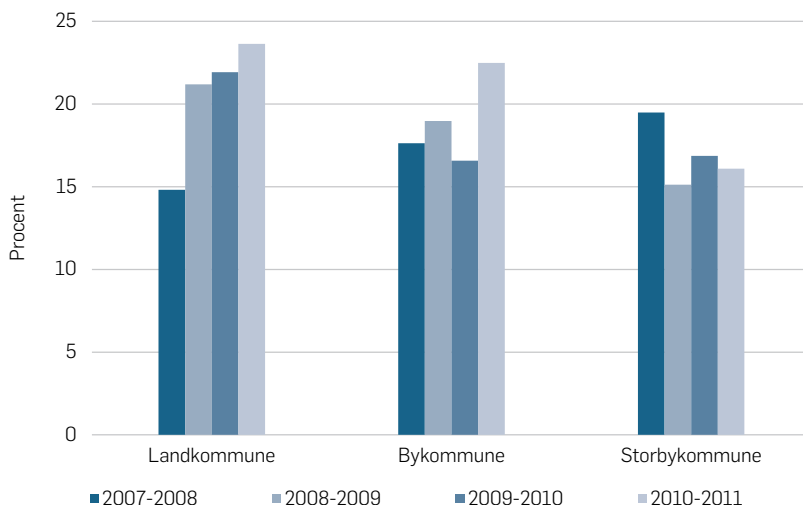
22. Opholdstiden bliver $1/\text{den naturlige logaritme til } (1-\text{udslusningsprocent})$. Den er derimod ikke, som mange umiddelbart vil tro, $1/\text{udslusningsprocent}$, selv om den er relativt tæt på at være det.

landkommunerne har udviklet i perioden, skal ses i sammenhæng med, at dækningen med botilbud er 18 pct. større der (2011).

Det mest bemærkelsesværdige ved resultaterne om udslusning er dog stadig de store forskelle mellem kommuner, som blev afsløret på figurerne 7.2 og 7.3. Resultaterne kan tyde på, at der er nogle vigtige forhold ved kommuner, som vi ikke har oplysninger om, som bestemmer, om de hører til gruppen med stor eller lille grad af udslusning. Figur 7.5 viser udslusningsprocent fra botilbud for land-, by- og storbykommuner.

FIGUR 7.5

Kommuner fordelt efter udslusningsprocent for personer på 18-64 år fra den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse, særskilt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Procent.



Kilde: KMD, kommuner, Økonomi- og Indenrigsministeriet og egne beregninger.

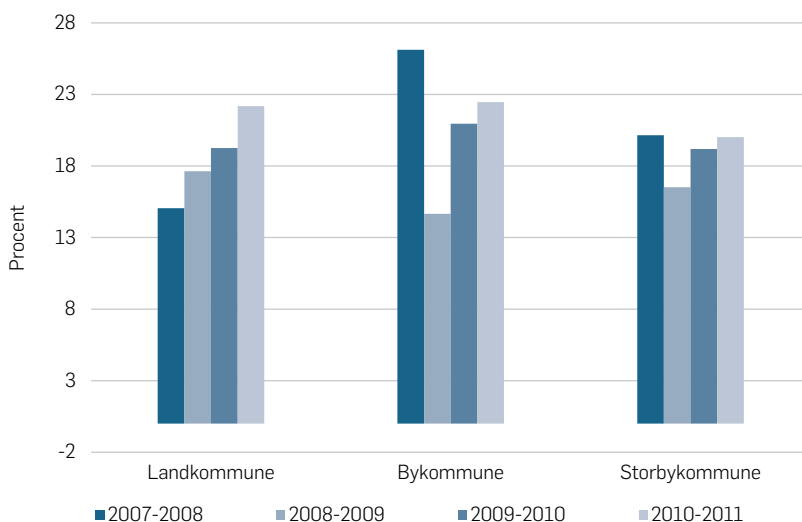
De gennemsnitlige opholdstider i botilbud, vi når frem til, er præget af, at en del borgere kun er registreret som modtagere af ydelsen i et enkelt år. Hvor lang en periode dette faktisk dækker over, ved vi imidlertid ikke. En gennemsnitlig opholdstid i botilbud på 3 eller 6 år kan derfor sagtens forenes med, at de beboere, der på et bestemt tidspunkt bor på botilbuddet, vil have en meget højere gennemsnitlig opholdstid.

Der er ikke helt så stor forskel på udslusningen i land-, by- og storbykommuner, når vi ser på udslusning fra støtteniveauet dagtilbud.

Figur 7.6. viser udslusningsprocenten fra kategori 2-3-4 for land-, by- og storbykommuner. Billedet for landkommuner ligner det tilsvarende billede for udslusning fra botilbud på figur 7.5. Det viser en vækst fra knap 15 pct. udslusning til godt 23 pct. udslusning, hvilket betyder, at den forventede tid, som borgeren benytter tilbuddet, falder fra 6,2 år til 4,1 år. Når vi vurderer dette tal, skal vi tage i betragtning, at landkommuner har betydeligt flere tilbud om støtte på niveauet dagtilbud end bykommuner og storbykommuner.

FIGUR 7.6

Kommuner fordelt efter udslusningsprocent for personer på 18-64 år fra den sociale ydelse dagtilbud til mennesker med sindslidelse, særsilkt for land-, by- og storbykommuner. 2007-2011. Procent.



Kilde: KMD, kommuner, Økonomi- og Indenrigsministeriet og egne beregninger.

For bykommuner og storbykommuner viser figur 7.6 derimod et nyt træk. Især bykommuner har for 2007-2008 en udslusning, der overgår alle andre procenter på figurerne, men storbykommunerne har også lidt af det samme billede. Her viser sig formentlig en effekt af kommunalreformen i 2007. Den lagde en del kommuner sammen. Hvor det var landkommuner, der kom ind under bykommuner, er det nærliggende at forestille sig, at bykommunens lavere norm for, hvor mange dagtilbud og bostøtter der skulle tilbydes, kom til at gælde for den nye sammenlagte

kommune. Det giver en større udslusning det første år, især for bykommuner, som var dem, der i flest tilfælde blev lagt sammen med landkommuner, og i mindre grad for storbykommuner.

Når vi ser bort fra den særlige situation det første år, viser figur 7.6 en udvikling af udslusningen fra dagtilbud for bykommuner, der minder meget om udviklingen for landkommuner, mens den for storbykommunerne viser en udvikling, der ikke har været nær så stærk. Hvor landkommuner og bykommuner forkorter den forventede brugstid af tilbuddet med to år, forkorter storbykommuner kun den forventede brugstid med et år i løbet af perioden.

DIAGNOSER OG UDSLUSNING

I dette afsnit ser vi nærmere på fordelingen af personer, som kommunerne udsluser fra botilbud, på de psykiatriske diagnoser, som psykiatrien har behandlet dem for.

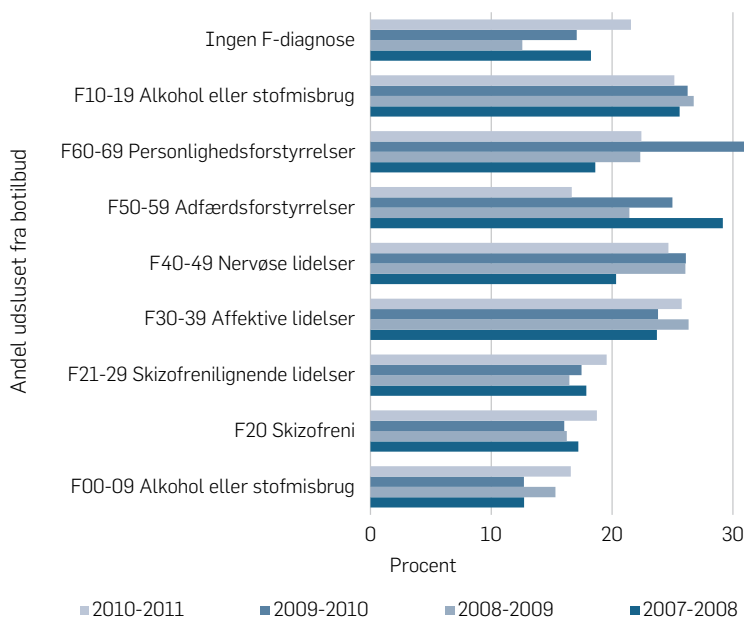
Først ser vi i figur 7.7 på forholdet mellem andelen af personer inden for en bestemt diagnosegruppe i botilbud og andelen af personer inden for samme diagnosegruppe, som kommunerne udsluser fra botilbud. Vi sammenholder dette på tværs af de forskellige diagnosegrupper for at undersøge, om der er tendens til, at personer med mindre svære lidelser er dem, som i højere grad udsluses fra mere intensive sociale ydelser.

Figuren viser andelen af udslusede fra botilbud i forhold til antallet i botilbud det foregående år. Kommunerne udsluser færrest af de borgere, der har organiske psykiske lidelser (00-09), skizofreni (20) og andre former for psykoser (21-29). Det er også, hvad vi har forventet, for disse diagnoser regnes almindeligvis for at dække alvorligere sindslidelser, end de øvrige diagnoser gør. En undersøgelse om udflytning fra botilbud lavet i forbindelse med projektet REBUS i Region Midtjylland om rehabilitering af børn og unge med særlig sårbarhed viste, at det afgørende for, at en borger med sindslidelse opnåede en succesfuld udflytning fra et bosted, var en gensidig støtteparathed, som på den ene side drejer sig om borgerens eget ønske og kapabilitet til selvhjulpenhed og bostedets matchende indsats til at få selvhjulpenheden til at ske (Ramian & Ahlgreen, 2010). Borgerens sindslidelse har således kun en delvis indflydelse på udflytningens succes. Datagrundlaget i denne undersøgelse

kan imidlertid ikke danne grundlag for en vurdering af graden af succes for borgere, der flytter ud af botilbud og ind i eget hjem. Det vil kræve et supplerende kvalitativt studie at undersøge sådanne forhold.

FIGUR 7.7

Personer på 18-64 år, som er udsøst fra den sociale ydelse botilbud til mennesker med sindslidelse fordelt efter diagnosegruppe¹, særskilt for år. 2008-2011. Procent.



Anm.: 2007-2008: N = 4.303; 2008-2009: N = 4.801; 2009-2010: N = 5.134; 2010-2011: N = 5.076.

1. Se tabel 4.2 for forklaring af diagnosekoder.

Kilde: KMD, kommuner og Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.

For affektive lidelser (30-39), nervøse og stress-relaterede lidelser (40-49) og de øvrige diagnoser viser figuren, at kommunerne årligt udsøst omkring 25 pct. fra botilbud. For skizofreni og andre psykoser er tallet omkring 17 pct. Der er, især for skizofreni og psykoser, tale om lidt højere tal for periodens sidste år end for de foregående.

Det er væsentligt at bemærke, at der er meget få observationer for diagnosegruppen F50-59, hvorfor disse andele skal vurderes med omhu. For F60-69 er der ligeledes relativt få observationer. Det er grun-

den til, at figuren viser så store udsving i udslusningsprocenter for disse diagnoser fra år til år.

OPSUMMERING

Kapitlet viser, at udslusningen fra det højeste niveau af støtte, som indebærer botilbud, og udslusningen fra det lavere niveau af støtte, som består i dagtilbud eller støtteperson, i begge tilfælde ligger omkring 20 pct. gennem hele perioden. Fortsættelsesprocenten er omkring 80 pct., mens kun få procent går fra det lavere til det højere støtteniveau. Den største del af tilgangen til det højeste støtteniveau kommer dermed fra borgere, som året forinden ikke har fået støtte, heller ikke på det lavere niveau.

Disse meget stabile tal dækker dog over store forskelle fra kommune til kommune. Ved at dele kommunerne op efter befolkningstæthed fremgår det, at landkommunerne for begge de nævnte støtteformer har haft en udvikling med jævnt stigende udslusningsprocenter gennem hele perioden, hvor udslusningsprocenterne er vokset fra 15 til 22-23. For bykommuner og storbykommuner har situationen været mere turbulent, idet de har en særlig stor udslusning fra dagtilbud det første år og et uklart billede for udviklingen i botilbud.

Bortset fra denne sammenhæng er det vanskeligt at få øje på forhold, der betyder noget for, om udslusningsprocenten i en kommune er høj eller lav, og for om den bevæger sig op eller ned. Landkort, der viser kommuner med de forskellige billeder og udviklinger, viser et usystematisk billede, hvor kommuner med høj og med lav udslusning og kommuner med forøget og formindsket udslusning ligger blandet mellem hinanden ud over landet.

Der er dog den systematik, at kommuner, der er startet med at have en høj grad af udslusning, også er dem, der forøger deres udslusning mest. Det kunne tyde på, at der er et forhold ved kommunen, som vi ikke har oplysninger om i datamaterialet, som er afgørende for, hvordan kommunens politik på området er og udvikler sig. Undersøgelser, der ser nærmere på udflytning af mennesker med sindslidelse fra botilbud, når frem til, at en udflytning i mange tilfælde kan blive vellykket, selv om den sker længe før, at personalet mener, at personen er klar (Ahlgren, 2009; Ramian, 2010).

Det betyder, at der er et potentiale for, at kommunen gennem en aktiv rehabiliteringspolitik kan øge omfanget af udflytning fra botilbud. Omfanget af udslusning betyder noget for, hvor længe vi kan forvente, at borgeren vil benytte sig af tilbuddet. Hvis vi ser bort fra de særlige forhold det første år efter kommunalreformen, ser det ud til, at kommunerne i gennemsnit har reduceret benyttelsestiden for de forskellige støtteformer gennem perioden med 1-2 år. Men dette gennemsnit dækker over store forskelle, idet nogle kommuner har øget udslusningen ganske betydeligt, mens andre slet ikke har øget den.

En opdeling på diagnoser viser, at borgere med de alvorligste diagnoser i det diagnosehierarki, vi har defineret, har markant lavere udslusningsprocenter end borgere med de mindre alvorlige diagnoser. Det betyder, at borgere med skizofreni kan forvente at have et botilbud i knap 6 år, mens borgere med mindre alvorlige lidelser kan forvente at have det i 3-4 år.

LITTERATUR

- Ahlgren, B. (2009): *Hvad gør den gode udflytning. Casestudier af unges udflytning fra socialpsykiatriske tilbud*. Aarhus: Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Bengtsson, S. (2011): *Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:30.
- Bengtsson, S. & N.C. Mateu (2009): *Beskyttet beskæftigelse. En kortlægning*. København: SFI-rapport 09:09.
- Bengtsson, S. og M. Røgeskov (2012): *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:19.
- Bengtsson, S. og S.Ø. Gregersen (2013): *Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:15.
- Breddam, C., A.G. Wang & K.H. Aggernæs (2007): *Beboere på den psykiatriske boinstitution Sundbygård*. Ugeskrift for Læger.
- Damgaard, M., T. Steffensen & S. Bengtsson: (2013): *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsættelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 13:26.

- Danmarks Statistik: *Den sociale ressourceopgørelse for voksenområdet 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012*. Statistiske Efterretninger, Sociale forhold, sundhed og retsvæsen 2008:15, 2009:4, 2010:4, 2011:5, 2012:4, 2013:3.
- Ebsen, F. & J. Greve (2012): "Behandling af mennesker med funktionsnedsættelse". Kapitel 2 i J. Greve (red.) (2012): *Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Greve, J. (red.) (2012): *Et liv i periferien. Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Helweg-Larsen, K.; M. Kastrup; A. Bætz; E.M. Flachs (2007): *Etniske forskelle i kontaktmønsteret til psykiatrisk behandling. Et registerbaseret studie*. København: Videnscenter for transkulturel psykiatri i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed.
- Jensen, P, A.G. Wang & K.H. Aggernæs (2000): "Fra psykiatrisk plejehospital til bocenter for yngre sindslidende. En tværsnitsundersøgelse af beboerne på institutionen Sundbygård i København". *Ugeskrift for Læger* 2000, s. 1214.
- Karpatschof, B. (2001): *En evaluering af brugernes oplevelse af SKP-ordningen i Københavns Kommune*. Københavns Kommune: Familie- og arbejdsmarkedsforvaltningen.
- KMD (2013): *Det specialiserede socialområde – Økonomistyring – KMD Børn og Voksne – Effektiv økonomisk administration*. Tilgængelig på: <http://www.kmd.dk/da/loesninger/Kommune/Specialiserede-socialomraade/born-og-voksne/Pages/default.aspx>, besøgt 14. august 2013.
- Krevi (2012a): *Botilbudsområdet: Hvem – hvad – hvor. Kortlægning af området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende*. Aarhus: Krevi.
- Krevi (2012b): *Herre i eget hus? Udviklingen i kommunale botilbud til handicappede og sindslidende 2008-2014*. Aarhus: Krevi.
- Krevi (2012c): *Markedsanalyse – botilbudsområdet. Kommunernes køb og salg af pladser til voksne handicappede og sindslidende*. Aarhus: Krevi.
- Krevi (2012d): *Metodiske appendiks – botilbudsområdet. Fremgangsmåde for dataindsamling til KREVI's undersøgelsesrække på området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende*. Aarhus: Krevi.
- Laursen, T.M., M. Nordentoft, M. Gissler, J. Westman & K. Wahlbeck (2010): *Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forsk-*

- ningsmuligheder i psykiatri-relevante registre i Danmark, Sverige og Finland.* København: NHV-rapport.
- Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad, C.D. Weatherall (2012): *Danske hjemvendte soldater – soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:24.
- Middelboe, T., K.W. Maarbjerg & R.P. Hemmingsen (1997): ”Bofællesskaber for psykisk syge”. *Ugeskrift for Læger* 159(19), s. 2846-2850.
- Middelboe, T. & K.W. Maarbjerg (1997): ”Bofællesskaber for psykisk syge II”. *Ugeskrift for Læger* 159(19), s. 2851-2855.
- Mors, O., G.P. Perto & P.B. Mortensen (2011): “The Danish Psychiatric Central Research Register”. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), s. 54-57.
- Munk-Jørgensen, P. & G. Perto (2000): *De farlige psykiatriske tal.* København: Munksgaard.
- Nordentoft, M., M.G. Pedersen, C.B. Pedersen, S. Blinkenberg & P.B. Mortensen (2012): “The New Asylums in the Community: Severely Ill Psychiatric Patients Living in Psychiatric Supported Housing Facilities. A Danish Register-based Study of Prognostic Factors, Use of Psychiatric Services, and Mortality”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, s. 1251-1261.
- Psykiatriudvalget, arbejdsgruppe 1: *Kortlægning af kapaciteten i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Rapport fra arbejdsgruppe 1 under psykiatriudvalget.* Afleveret til regeringens psykiatriudvalg den 22. februar 2013. Upubliceret.
- Psykiatriudvalget, arbejdsgruppe 2: *Kortlægning af indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling.* Sundhedsstyrelsen 2012.
- Rambøll (2013): *Analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder.* Rapport til Social- og Integrationsministeriet, januar 2013. Upubliceret.
- Ramian, K. (2009): *Om anvendelse af efterundersøgelser i praksis. En opsamling af erfaringer fra REBUS-implementeringsprojektet.* Aarhus: Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Ramian, K. og B. Ahlgreen (2011): *Udflytning fra botilbud. Brud eller brobygning – Når kommunen tager initiativet. Rapport fra et kenderseminar.* Aarhus: Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

- Ramian, K. og B. Ahlgreen (2010): *Udflytning fra socialpsykiatriske botilbud – Hvordan reducerer man social udsathed?* Aarhus: Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
- Rosenberg, M. & S.H. Sørensen (2010): *Socialpsykiatriens kontakt med etniske minoriteter – en spørgeskemaundersøgelse*. København: Videnscenter for Socialpsykiatri.
- Sekretariatet for regeringens udvalg om psykiatri (2012): *Rapport om psykiatriområdet til brug for evaluering af kommunalreformen*. Upubliceret.
- Sørensen, N. (2012): *Det levede liv med sindslidelse*. Forskningscenter for socialt Arbejde, Professionshøjskolen Metropol, Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- Tilbudsportalen (2013): *Om os*. Tilgængelig på: <http://www.tilbudsportalen.dk/om-os>, besøgt 18. september 2013.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2012

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 12:01 Lyk-Jensen, S.V., A. Glad, J. Heidemann & M. Damgaard: *Soldater efter udsendelse. En spørgeskemaundersøgelse*. 117 sider. e-ISBN: 978-87-7119-075-5. Netpublikation.
- 12:02 Lausten, M., H. Hansen, A.-K. Mølholt, K.S. Vammen & A.-C. Legendre: *Forebyggende foranstaltninger 14-17 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 5*. 235 sider. ISBN: 978-87-7119-078-6. e-ISBN: 978-87-7119-079-3. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 12:03 Rostgaard, T., T.N. Brunner & T. Fridberg: *Omsorg og livskvalitet i plejeboligen*. 150 sider. ISBN: 978-87-7119-080-9. e-ISBN: 978-87-7119-081-6. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:04 Mølholt, A.-K., S. Stage, J.H. Pejtersen & P. Thomsen: *Efterværn for tidligere anbragte unge. En videns- og erfaringsopsamling*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-082-3. e-ISBN: 978-87-7119-083-0. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 12:05 Ellerbæk, L.S. & A. Høst: *Udlejningsredskaber i almene boliger. En analyse af brugen og effekterne af udlejningsredskaber i almene boligområder*.

- 258 sider. ISBN: 978-87-7119-084-7. e-ISBN: 978-87-7119- 085-4. Vejledende pris: 250,00 kr.
- 12:06 Høgelund, J.: *Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-086-1. Netpublikation.
- 12:07 Rasmussen, P.S. & P.S. Olsen: *Positiv adfærd i læring og samspil (PALs). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilot-skoler*. 159 sider. ISBN: 978-87-7119-087-8. e-ISBN: 978-87-7119-088-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:08 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Frivillige i hjemmeværnet 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-089-2. e-ISBN: 978-87-7119-090-8. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:09 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann & A. Glad: *Soldater – før og efter udsendelse. En analyse af motivation, økonomiske forhold og kriminalitet*. 164 sider. e-ISBN: 978-87-7119-091-5. Netpublikation.
- 12:10 Bengtsson, S.: *Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-092-2. e-ISBN: 978-87-7119-093-9. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 12:11 Dines, A., V. Jakobsen, V.M. Jensen, S.S. Nielsen, S., K.C.Z. Pedersen, D.S. Petersen & K.M. Thorsen: *Indsatser for tosprogede elever. Kortlægning og analyse*. 162 sider. e-ISBN: 978-87-7119-094-6. Netpublikation.
- 12:12 Christensen, E.: *Nakuusa – vi vil og vi kan. En opfølgning på Youth Forum i Ilulissat 2011*. 48 sider. e-ISBN: 978-87-7119-096-0. Netpublikation.
- 12:13 Christensen, E.: *Nakuusa – piunavugut saperatalu. 2011-mi ilulissani Youth Forum pillugu nangitsineq*. 50 sider. e-ISBN: 978-87-7119-097-7. Netpublikation.
- 12:14 Larsen, M. & L.S. Ellerbæk: *Evaluering af jobplanen. Nuværende og kommende pensionisters kendskab til og betydning af reglerne for at arbejde*. 111 sider. ISBN: 978-87-7119-100-4. e-ISBN: 978-87-7119-101-1. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:15 Larsen, M., H.B. Bach & A. Liversage: *Pensionisters og efterlønsmodtageres arbejdskraftpotentiale. Fokus på genindtræden*. 181 sider. ISBN: 978-87-7119-102-8. e-ISBN: 978-87-7119-103-5. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:16 Ottosen, M.H. & S. Stage: *Deleborn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse*. 111 sider. ISBN:

- 978-87-7119-104-2. e-ISBN: 978-87-7119-105-9. Vejledende pris: 110,00 kr.
- 12:17 Nilsson, K. & H. Holt: *En vurdering af arbejdsskadestyrelsens fastholdelsecenter. Kommuners, fagforeningers, arbejdsgiveres og forsikringselskabers erfaringer med fastholdelsescentret.* 89 sider. ISBN: 978-87-7119-106-6. e-ISBN: 978-87-7119-107-3. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 12:18 Holt, H: *Lokal løn på kommunale arbejdspladser. Forskelle i kvinders og mænds løn.* 82 sider. e-ISBN: 978-87-7119-108-0. Netpublikation.
- 12:19 Bengtsson, S. & M. Røgeskov: *Et liv i egen bolig. Analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser.* 145 sider. ISBN: 978-87-7119-109-7. e-ISBN: 978-87-7119-110-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 12:20 Graversen, B: *Effekter af virksomhedsrettet aktivering for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 72 sider. e-ISBN: 978-87-7119-112-7. Netpublikation.
- 12:21 Albæk, K., H.B. Bach & S. Jensen: *Effekter af mentorstøtte for udsatte ledige. En litteraturoversigt.* 68 sider. e-ISBN: 978-87-7119-114-1. Netpublikation.
- 12:22 Jensen, T.G., K. Weibel, M.K. Tørslev, L.L. Knudsen & S.J. Jacobsen: *Måling af diskrimination på baggrund af etnisk oprindelse.* 134 sider. ISBN: 978-87-7119-115-8, e-ISBN: 978-87-7119-116-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 12:23 Madsen, M.B. & K. Weibel: *Delt viden. Aktiveringsindsatsen for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 152 sider. ISBN: 978-87-7119-117-2. e-ISBN: 978-87-7119-118-9. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 12:24 Lyk-Jensen, S.V., J. Heidemann, A. Glad & C.D. Weatherall: *Danske hjemvendte soldater. Soldaternes psykiske sundhedsprofil før og efter udsendelse.* 210 sider. e-ISBN: 978-87-7119-119-6. Netpublikation.
- 12:25 Lausten, M., H. Hansen, K.S. Vammen & K. Vasegaard: *Forebyggende foranstaltninger 18-22 år. Dialoggruppe – Om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 6.* 164 sider. ISBN: 978-87-7119-121-9. e-ISBN: 978-87-7119-122-6. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 12:26 Lauritzen, H.H., R.N. Brünner, P. Thomsen & M. Wüst: *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af Ældredatabasen.* 180 sider. ISBN: 978-87-7119-123-3. e-ISBN: 978-87-7119-124-0. Vejledende pris: 180,00 kr.

- 12:27 Høst, A.K., T. Fridberg, D.L. Stigaard & B. Boje-Kovacs: *Når fogeden banker på. Fogedsager og effektive udsættelser af lejere*. 422 sider. ISBN: 978-87-7119-125-7. e-ISBN: 978-87-7119-126-4. Vejledende pris 420,00 kr.
- 12:28 Nielsen, H., A. Mølgaard & L. Dybdal: *Procesevaluering af boligsociale indsatser. Delrapport 2. Kvalitativ kortlægning af Landsbyggefondens 2006-2010-pulje med fokus på projektorganisering og samarbejde*. 118 sider. e-ISBN: 978-87-7119-127-1. Netpublikation.
- 12:29 Andrade, S.B.: *Levekår i dansk landbrug. Analyse af sammenhænge mellem risikofaktorer og dyrværnssager i landbruget fra 2000 til 2008*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-128-8. e-ISBN: 978-87-7119-129-5. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 12:30 Ottosen, M.H. (red.): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. 348 sider. ISBN: 978-87-7119-130-1. e-ISBN: 978-87-7119-131-8. Vejledende pris: 340,00 kr.
- 12:31 Bach, H.B.: *Arbejdsmarkedsparathed og selvforsørgelse*. 36 sider. e-ISBN: 978-87-7119-133-2. Netpublikation.
- 12:32 Christensen, E. & A.P. Langhede: *Evaluering af psykologhjælp til børn på krisecentre*. 61 sider. ISBN: 978-87-7811-197-5. Netpublikation. Udgivet af Ankestyrelsen og SFI.
- 12:33 Termansen, T. & C.S. Sonne-Schmidt: *Forebyggende fysisk træning til ældre. En undersøgelse af effekten af en kort træningsindsats på ældre fysiske funktionsevne*. 64 sider. ISBN: 978-87-7119-135-6. e-ISBN: 978-87-7119-136-3. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 12:34 Hansen, H., P.R. Skov & K.M. Sørensen: *Støtte til udsatte børnefamilier. En effektmåling af familiebehandling og praktisk pædagogiske støtte*. 112 sider. e-ISBN: 978-87-7119-137-0. Netpublikation
- 12:35 Ellerbæk, L.S., V. Jakobsen, S. Jensen & H. Holt: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2012*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-138-7. e-ISBN: 978-87-7119-139-4. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 12:36 Jakobsen, T.B., S.V. Lyk-Jensen & D.L. Stigaard: *Lige muligheder – metodisk grundlag for en effektevaluering. Evalueringsrapport 2*. 82 sider. e-ISBN: 978-87-7487-140-0. Netpublikation.
- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.

- 13:02 Liversage, A, R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejebolig*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V. M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiaq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiaq. Meeqqanut aarlerinartorsiortunut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M., & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A. K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutpakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.

- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet modregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:14 Graversen, B.K., M. Larsen & J.N. Arendt: *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 146 sider. e-ISBN: 978-87-7119-168-4. Netpublikation
- 13:15 Bengtsson, S. & S. Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:16 Christensen, E.: *Ung i det grønlandske samfund. Unges holdning til og viden om sociale problemer og muligheder*. 58 sider. e-ISBN: 978-87-7119-171-4. Netpublikation.
- 13:17 Christensen, E.: *Kalaallit inuiaqatigiivini inuusuttuaqqat. Inuusuttuaqqat inoqatigiinnermi ajornartorsuutit periarfissallu pillugit ilisimasaat isummertariaasaallu*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7117-172-1. Netpublikation.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge selvskade og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:21 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-179-0. e-ISBN: 978-87-7119-180-6. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 13:22 Jacobsen, S. J., A. H. Klynge & H. Holt: *Øremærkning af barsel til fædre. Et litteraturstudie*. 82 sider. ISBN: 978-87-7119-181-3. e-ISBN: 978-87-7119-182-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 13:23 Thuesen, F., H. B. Bach, K. Albæk, S. Jensen, N. L. Hansen & K. Weibel: *Socialøkonomiske virksomheder i Danmark. Når udsatte bliver ansatte*. 216 sider. ISBN: 978-87-7119-183-7. e-ISBN: 978-87-7119-184-4. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 13:24 Larsen, Mona & H. S. B. Houlberg: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder 2007-2011*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-185-1. e-ISBN: 978-87-7119-186-8. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:25 Larsen, M. & H.S.B. Houlberg: *Mere uddannelse, mere i løn?* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7117-188-2. Netpublikation.
- 13:26 Damgaard, M., Steffensen, T. & S. Bengtson: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsathed og type og grad af funktionsnedsæt-*

- telse*. 193 sider. ISBN: 978-87-7119-189-9. e-ISBN: 978-87-7119-190-5. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 13:27 Holt, H. & K. Nilsson: *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomhedernes rolle og erfaringer*. 100 sider. ISBN: 978-87-7119-191-2. e-ISBN: 978-87-7119-192-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:28 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark*. 410 sider. ISBN: 978-87-7119-193-6. e-ISBN: 978-87-7119-194-3. Vejledende pris: 400,00 kr.
- 13:29 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark. Sammenfatning af resultater fra PLAAC*. 62 sider. ISBN: 978-87-7119-195-0. e-ISBN: 978-87-7119-196-7. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:32 Bengtsson, S., H. E. D. Jørgensen & S. T. Grønfeldt: *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Den første kortlægning på personniveau*. 131 sider. ISBN: 978-87-7119-201-8. e-ISBN: 978-87-7119-202-5. Vejledende pris: 130,00 kr.

SOCIALE TILBUD TIL MENNESKER MED SINDSLIDELSER

DEN FØRSTE KORTLÆGNING PÅ PERSONNIVEAU

Formålet med denne undersøgelse er at danne et overblik over den sociale indsats over for mennesker med sindslidelser i Danmark.

Undersøgelsen er den første, der trækker på persondata om personer, der benytter de særlige sociale tilbud til mennesker med sindslidelse efter Servicelovens §§ 83, 85, 100, 103, 104, 107 og 108 eller Almenboligloven § 105. Den er baseret på oplysninger fra KMD samt fra en række kommuner.

Undersøgelsen tegner et billede af gruppen af personer med sindslidelse, som anvender psykosociale tilbud. Der er tale om en gruppe, der på mange punkter har karakteristika som er typiske for mennesker, der er socialt ringe stillet.

Undersøgelsen beskriver også kommunernes indsats over mennesker med sindslidelser. Den finder store forskelle mellem kommunerne, når det drejer sig om forvaltning af området og antallet af visitationer til psykosociale tilbud.