

# NOTAT

## De kommunale indsatser

*Formålet med analysen er at bidrage med viden om mulighederne for at skabe synergi mellem social-, sundheds- og beskæftigelsesindsatsen for de borgere, der er i kontakt med flere indsatsområder.*

*Analysen tegner et billede af de borgere, som modtager en kommunal indsats. Dernæst forsøges det at finde fællesmængden af borgere, som modtager en social- og sundhedsindsats, og de som er i kontakt med beskæftigelsessystemet.*

### Udvalgte analyseresultater:

- 70 pct. af borgerne, som modtager en socialpsykiatrisk indsats, er ufaglærte. I hele befolkningen er det 40 pct. af borgerne, som er ufaglærte.
- To ud af tre borgere, som modtager en tværfaglig indsats, er selvforsørgende året før starten af indsatsen. Det gælder dog kun for 8 pct. af borgerne, som modtager en socialpsykiatrisk indsats.
- 77 pct. af borgerne med socialpsykiatrisk indsats står helt uden for arbejdsmarkedet.
- Seks ud af ti borgere er fællesborgere mellem kommunen og det regionale sundhedsvæsen.
- 81 pct. af borgerne, som modtager en social- eller sundhedsindsats, er i kontakt med beskæftigelsessystemet. Særligt førtidspension, 36 pct. og kontanthjælp, 12 pct., er de dominerende ydelser.
- Antallet af fællesborgere varierer efter alder. 45 pct. af borgeren i aldersgruppen 18-29 år, for borgere, som modtager en genoptræningsindsats, er fællesborgere, mens for gruppen af 50-64 år er det næsten 80 pct. af borgerne, som er fællesborgere.
- 43,8 pct. af borgere, som har modtaget en socialpsykiatrisk indsats har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen, mens det tilsvarende tal for den samlede befolkning er 2,1 pct.

Den 7. november 2013

Sags ID: SAG-2013-05869

Dok.ID: 1746975

JPN@kl.dk

Direkte 3370 3876

Mobil 2056 1971

Weidekampsgade 10

Postboks 3370

2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)

Side 1/23

## Baggrund

I forbindelse med projektet om integration af social-, sundhed- og beskæftigelsesområdet har syv casekommuner leveret data om borgernes forbrug af forskellige kommunale indsatser på social- og sundhedsområdet, jf. boks 1.

### Boks 1: Casekommuner

- Frederiksberg
- Horsens
- Kalundborg
- København
- Næstved
- Randers
- Silkeborg

Formålet med analysen er at bidrage med viden om mulighederne for at skabe synergi mellem social-, sundheds- og beskæftigelsesindsatsen for de borgere, der er i kontakt med flere indsatsområder.

Analysen tegner et billede af de borgere, som modtager en kommunal indsats. Dernæst forsøges det at beskrive fællesmængden af borgere, som modtager en social- og sundhedsindsats, og de som er i kontakt med beskæftigelsessystemet. Til sidst ses i det mulige omfang på borgernes status efter en indsats. Der er ikke tale om et egentligt effektstudie, men blot et billede af, hvor borgeren befinder sig omkring en indsats.

## Data, metode og afgrænsning

Analyserne tager udgangspunkt i de data, som kommunerne har leveret til projektet. Det er data om borgernes forbrug af forskellige kommunale indsatser på social- og sundhedsområdet. Det er alene data, hvor casekommunerne har oplysninger på cpr-niveau, som er inkluderet i analysen. Dette er nødvendigt for at koble data med forskellige registre. De lokale data vedrørende social- og sundhedsindsats er som led i analysen koblet med data fra beskæftigelsesområdet, sundhedsområdet og forskellige baggrundsoplysninger herunder uddannelse, alder, køn, etnicitet og familiestatus.

I samarbejde med de syv casekommuner er indsatserne inddelt i 6 kategorier, der angiver, hvilken type af indsats borgeren har modtaget, jf. tabel 1. Kategoriseringen har været vanskeliggjort af, at data for indsatserne er præget af manglende standardisering, forskelligartede registreringer og datakvalitet på området. Disse forhold skal man være opmærksomme på, når der sammenlignes på tværs af og inden for den enkelte indsats. Fx kan en indsats i to kommuner have samme navn, men være indholdsmæssigt vidt forskellige

**Tabel 1: Indsatsoversigt.**

Kategori	Indsats	§
<b>Kronisk</b>		119 (SUL)
<b>Tværfaglig</b>		
<b>Genoptræning</b>	Genoptræning til voksne efter serviceloven.	86 (SEL)
	Genoptræning efter sundsloven.	140 (SUL)
<b>Fysioterapi</b>	Vederlagsfri fysioterapi.	140a (SUL)
<b>Socialpsykiatri</b>	Socialpædagogisk bistand.	85 (SEL)
	Beskyttet beskæftigelse.	103 (SEL)
	Dag- og samværstilbud.	104 (SEL)
<b>Misbrug</b>	Alkoholmisbrugsbehandling.	141 (SUL)
	Stofmisbrugsbehandling.	142 (SUL)

En kronisk indsats kan bl.a. omfatte kræft, diabetes, hjertesygdomme, KOL og senhjerneskade, mens de tværfaglige indsatser er indsatser, der tilbydes i et samarbejde mellem beskæftigelse og sundhed/social.

Populationen inkluderer borgere, der i 2011 er mellem 18 og 64 år. Borgere, hvor det ikke har været muligt at identificere en alder, er ikke inkluderet i analysen. Et af formålene med analysen er at finde fællesmængden af borgere mellem sundheds/social- og beskæftigelsesindsatsen. Borgere, der ikke kan genfindes i Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM database og i perioden 2008 til 2011 har en gennemsnitsindkomst på mindre end 50.000 kr. er udelukket fra analysen. De resterende borgere, der ikke fremgår af DREAM, men har en indkomst på 50.000 kr. eller derover i perioden 2008 til 2011 antages at være selvforsørgende.

En nærmere beskrivelse af dataafgrænsning mv. findes i bilag 2.

## **Hvem modtager en indsats?**

Denne analyse skal danne et overblik over de borgere, som modtager en indsats, og hvilken arbejdsmarkedstilknytning disse borgere har.

På baggrund af de leverede data er der i alt 21.726 borgere mellem 18 og 64 år, som på et tidspunkt i perioden 2009 til 2012 har modtaget en eller flere forskellige indsatser. Det er vigtigt at bemærke, at det naturligvis kun er de borgere, hvor kommunerne har leveret data for, som indgår i analysen. Der kan således være langt flere borgere ude i kommunen, som rent faktisk modtager en indsats, men som ikke indgår i analysen. Det er heller ikke alle kommuner, som har leveret oplysninger på alle indsatsområder, *jf. tabel 2*. Genoptræningsindsatsen er det område, hvor flest kommuner har leveret data.

**Tabel 2: Antal borgere, som modtager en indsats samt antal kommune, som har leveret data for indsatsen.**

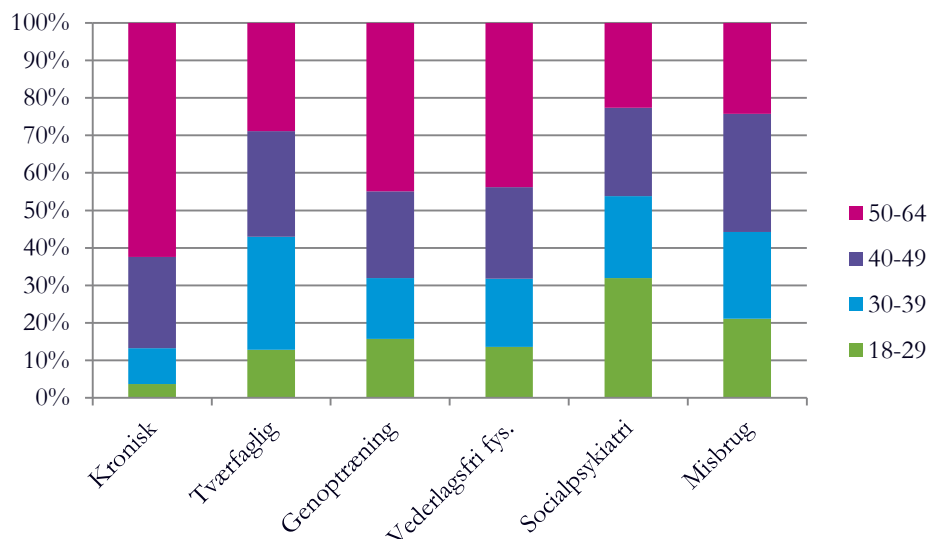
	Antal borgere	Antal kommuner
Kronisk	1.180	3
Tværfaglig	498	3
Genoptræning	12.073	6
Vederlagsfri fysioterapi	5.437	4
Socialpsykiatri	4.230	5
Misbrug	1.242	4
I alt	21.726	7

Kilde: Egne beregninger.

Anm.: En borger kan sagtens have modtaget flere indsatser. Derfor stemmer summen af de seks indsatser ikke med i alt.

Over halvdelen af borgerne, som har modtaget en kronisk indsats, skal findes i aldersgruppen 50-64 år, *jf. figur 1*. Det er den indsatsgruppe, hvor flest borgere er 50 år eller derover. Borgere som har modtaget en genoptræningsindsats eller modtaget vederlagsfri fysioterapi findes også i højere grad blandt de 50+ årige. En ud af tre borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats er til gengæld under 30 år. Det gælder for to ud af fem borgere, som er i misbrugsbehandling.

**Figur 1: Aldersfordeling af borgere, som har modtaget en indsats.**



Kilde: Egne beregninger.

Der er forskel på, hvad der kendetegner den gennemsnitlige borger, og hvilken indsats borgeren modtager. Borgere, som modtager en kronisk, tværfaglig og genoptræningsindsats eller modtager vederlagsfri fysioterapi er i gennemsnit ældre end den samlede befolkning i den erhvervsaktive alder. Mens borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats i gennemsnit er lidt yngre end den samlede befolkning, *jf. tabel 3*. Tre ud af fire i misbrugs-

behandling er mænd, mens det i højere grad er kvinder, som får en kronisk eller tværfaglig indsats.

Langt hovedparten af borgerne, som modtager en socialpsykiatrisk indsats lever alene. Kun 16 pct. er gifte eller lever sammen med en partner. Det gør sig gældende for 29 pct. af borgere i misbrugsbehandling, mens 50 pct. af den samlede befolkning er gifte eller lever sammen med en partner.

70 pct. af borgerne, som modtager en socialpsykiatrisk indsats, er ufaglærte, mens det gælder for 54 pct. af borgerne i misbrugsbehandling. I hele befolkningen er det 40 pct. af borgerne, som er ufaglærte. Borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats eller er i behandling for misbrug har i mindre grad formået at tage sig en uddannelse sammenlignet med befolkningen generelt. Borgere, som modtager en tværfaglig indsats har til gengæld i højere grad, end den samlede befolkning, en videregående uddannelse. Andelen med en videregående uddannelse udgør 34 pct., mens den udgør 25 pct. for den samlede befolkning.

Det er i højere grad borgere med dansk oprindelse, som er i misbrugsbehandling. Hele 96 pct. af borgerne, som er i misbrugsbehandling, er af dansk oprindelse. Ser man på hele befolkningen er andelen af borgere med dansk oprindelse på 90 pct. Borgere, som modtager en kronisk eller tværfaglig indsats har i højere grad en ikke-vestlig oprindelse. Det drejer sig om hhv. 15 pct. og 12 pct. af borgerne, mens borgere med en ikke-vestlig oprindelse udgør 7 pct. af den samlede befolkning.

**Tabel 3: Baggrundskarakteristika for borgere, som modtager en indsats.**

	Kronisk	Tvær- faglig	Genop- træning	Fysio- terapi	Social- psykiatri	Misbrug	Hele befolkning
Gns. alder	<b>50,6</b>	42,4	45,2	45,5	<b>38,1</b>	40,5	40,2
Mænd (andel)	0,37	0,38	0,46	0,40	0,50	<b>0,73</b>	0,50
Gifte (andel)	0,50	0,46	0,54	0,52	<b>0,16</b>	0,29	0,50
Ufaglært (andel)	0,35	0,29	0,37	0,35	<b>0,70</b>	0,54	0,40
Faglært (andel)	0,33	0,36	0,34	0,30	0,15	0,31	0,33
Videregående udd. (andel)	0,24	<b>0,34</b>	0,25	0,31	0,09	0,09	0,25
Dansk oprindelse (andel)	0,81	0,84	0,88	0,88	0,88	<b>0,96</b>	0,90
Vestlig oprindelse (andel)	0,04	0,05	0,03	0,04	0,03	0,02	0,03
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	<b>0,15</b>	<b>0,12</b>	0,08	0,08	0,09	0,02	0,07
Antal borgere	1.180	498	12.073	5.437	4.230	1.242	21.726

Kilde: Egne beregninger.

Anm.: Hele befolkningen er aldersgruppen 18-64 år. Det gælder dog ikke for uddannelseskategorierne. Her er dækker den hele befolkning over aldersgruppen 15-69 år.

Medicinforbruget og kontakten med det regionale sundhedsvæsen kan give en indikation af borgernes sygdomstyngde. Tyngden af sygdommen kan være varierende i forhold til indsats og ikke mindst indenfor den samme indsats. Fx trækker borgerne, som modtager en kronisk indsats eller får vederlagsfri fysioterapi mest i det somatiske sundhedsvæsen, mens borgere som modtager en socialpsykiatrisk indsats uden sammenligning trækker mest i det psykiatriske behandlingssystem, *jf. tabel 4*. Disse borgere har i gennemsnit haft næsten otte besøg og i gennemsnit været indlagt i ca. 12 dage i det psykiatriske behandlingssystem. Borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats, er samtidig den gruppe af borgere, som har det største medicinforbrug. De har i det år, der lå forud for starten af den socialpsykiatriske indsats haft et gennemsnitlig årligt forbrug på 11.106 kr.

**Tabel 4: Forskellige sundhedsindikatorer året før indsatsstart.**

	Kronisk	Tværfaglig	Genoptræning	Fysioterapi	Socialpsykiatri	Misbrug
Medicinforbrug	4.894	1.814	3.713	6.266	<b>11.106</b>	4.207
Besøg, somatik	<b>4,8</b>	1,7	3,1	<b>5,0</b>	2,0	1,1
Sengedage, somatik	3,4	1,2	2,7	<b>5,1</b>	2,6	1,7
Besøg, psykiatri	0,5	0,2	0,4	0,3	<b>7,5</b>	1,1
Sengedage, psykiatri	0,5	0,2	0,6	0,5	<b>12,4</b>	1,4

Kilde: Egne beregninger.

Anm.: Sundhedsindikatorerne angiver det forbrug borgeren har haft det forudgående år for starten af den pågældende indsats.

Borgernes dominerende indkomstgrundlag året forinden starten af en indsats, kan fortælle noget om borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og ikke mindst i hvor stor en grad de er i kontakt med det kommunale beskæftigelsessystem. En stor del af borgerne med en tværfaglig eller en genoptræningsindsats er selvforsørgende året forud for indsatsen. Det gælder faktisk for to ud af tre borgere, som modtager en tværfaglig indsats og for 55 pct. af borgerne, som har modtaget en genoptræningsindsats, *jf. tabel 5*.

Borgere, som modtager en kronisk indsats eller modtager vederlagsfri fysioterapi, er derimod en lidt mere blandet gruppe. Her udgør de selvforsørgende ca. 40 pct., mens en stor gruppe er på en permanent ydelse uden for arbejdsmarkedet. Fx udgør borgere på førtidspension 20 pct. for dem der modtager en kronisk indsats og hele 32 pct. for de borgere, som modtager vederlagsfri fysioterapi.

Det samme billede tegner sig for borgere, som er i misbrugsbehandling. Her er gruppen endnu mere spredt. Selvforsørgende fylder 34 pct., kontanthjælp 25 pct. og førtidspension 18 pct. Det vil dog være interessant med en uddybende analyse af disse borgere. Særligt for de borgere, som er selvforsørgende.

De borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats, må siges at være den gruppe, som har den mindste tilknytning til arbejdsmarkedet. Kun 8 pct. er selvforsørgende året forud for indsatsen, mens hele 52 pct. er på førtidspension.

Der er således en rigtig stor gruppe af borgere, som kommunen kender i beskæftigelsessystemet. Og en rigtig stor del af disse borgere befinder sig faktisk uden for arbejdsmarkedet. Det gælder både i form af førtidspension og efterløn, men også en stor del af borgerne på kontanthjælp står i realiteten uden for arbejdsmarkedet. Over 85 pct. af borgerne på kontanthjælp, som modtager en indsats, er ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere. Det gælder fx for 97 pct. af borgerne, som modtager en socialpsykiatrisk indsats. Det betyder, at der i realiteten er 77 pct. af borgerne, som modtager en socialpsykiatrisk indsats, som helt står uden for arbejdsmarkedet.

**Tabel 5: Dominerende indkomstgrundlag et år før indsatsstart.**

	Kronisk	Tværfaglig	Genoptræning	Fysioterapi	Socialpsykiatri	Misbrug
Selvforsørgende	<b>0,39</b>	<b>0,66</b>	<b>0,55</b>	<b>0,37</b>	0,08	<b>0,34</b>
Dagpenge	0,04	0,14	0,03	0,02	0,00	0,04
Sygedagpenge	0,15	0,14	0,10	0,10	0,06	0,12
Kontanthjælp	0,10	0,00	0,07	0,04	<b>0,26</b>	<b>0,25</b>
Revalidering	0,01	0,00	0,01	0,02	0,04	0,02
Fleksjob	0,05	0,02	0,03	0,08	0,03	0,03
Førtidspension	0,20	0,00	0,15	<b>0,32</b>	<b>0,52</b>	<b>0,18</b>
Efterløn	0,06	0,00	0,04	0,03	0,00	0,02
Anden ydelse	0,01	0,03	0,01	0,01	0,00	0,01

Kilde: Egne beregninger.

Anm.: Selvforsørgende inkluderer studerende.

Ovenstående tyder på, at det er en blandet gruppe af borgere, som modtager kommunale indsatser. Det er således ikke kun de ”stærke” borgere, som kommer i tilbuddene.

Men hvad karakteriserer egentlig de borgere, som stadig har en tilknytning til arbejdsmarkedet, og dem der ikke længere har? For at nuancere billede af hhv. de borgere som stadig befinder sig på arbejdsmarkedet og de borgere, som er permanent uden for arbejdsmarkedet, og som samtidig modtager en indsats, ses der herunder alene på forskellen mellem de borgere, som året forinden er på førtidspension og den resterende gruppe af borgere.

De borgere, som er tilkendt en førtidspension, og som modtager en indsats, er generelt ældre end de personer, som ikke er tilkendt en førtidspension.

Derudover adskiller de borgere, som er tilkendt en førtidspension sig ved i gennemsnit i højere grad at være ugifte og ufaglærte. Borgere på førtidspension, som modtager en indsats, har desuden generelt flere kontakter med det regionale sundhedsvæsen og et højere medicinforbrug end borgere, som modtager en indsats, der ikke er tilkendt en førtidspension.

**Tabel 6: Baggrundkarakteristika for borgere, som modtager en indsats, fordelt efter, hvorvidt borgeren modtager førtidspension eller ej.**

	Førtidspension	Ej førtidspension
<b>Baggrundsinformation</b>		
Gns. alder	48,8	41,9
Civilstand	0,27	0,50
Ufaglært	0,57	0,38
Faglært	0,23	0,31
Videregående	0,12	0,27
<b>Sundhedsindikatorer</b>		
Medicinforbrug	12.408	3.035
Besøg, somatik	4,1	2,7
Sengedage, somatik	5,0	2,1
Besøg, psykiatri	3,5	1,1
Sengedage, psykiatri	5,9	1,7
Antal borgere	5.807	15.919

Kilde: Egne beregninger.

## Fællesmængden af borgere

I denne del af analysen skal fællesmængden af borgere identificeres. Det er de borgere, som er i kontakt med flere indsatsområder. Det vil sige de borgere, som kommunen kender flere steder fra. Og det er de borgere, hvor et integreret samarbejde vil være relevant. Det er samtidig også fællesmængden af borgere mellem kommunerne og det regionale sundhedsvæsen. Det vil sige de borgere, hvor et tæt samarbejde og dialog med regionerne, vil kunne forbedre borgernes indsats.

En stor del af borgerne, som modtager en social- eller sundhedsindsats kender kommunen faktisk i forvejen. Hele 81 pct. af de borgere, som modtager en indsats, er faktisk kendt i beskæftigelsessystemet, *jf. tabel 7*. Dvs. at disse borgere, på et eller andet tidspunkt året inden påbegyndelsen af indsatsen, har været i kontakt<sup>1</sup> med beskæftigelsessystemet. Det kan bl.a. være i form af sygedagpenge, kontanthjælp eller førtidspension. Det afspejler i høj grad det billede, som tegnede sig i tabel 5.

<sup>1</sup> Borgeren er i kontakt med beskæftigelsessystemet, hvis borgeren, i løbet af året forinden indsatsen, i mindst fire uger har modtaget en indkomstoverførsel.



Seks ud af ti borgere, som modtager en social- eller sundhedsindsats har året forinden været i kontakt med det regionale sundhedsvæsen. De borgere, som ikke har kontakt med det regionale sundhedsvæsen kan have været i kontakt med deres praktiserende læge. Godt 53 pct. af borgerne, som modtager en indsats, har både været i kontakt med det regionale sundhedsvæsen og kan findes i beskæftigelsessystemet. Knap 10 pct. af borgerne har ingen kontakt med hverken beskæftigelsessystemet eller det regionale sundhedsvæsen.

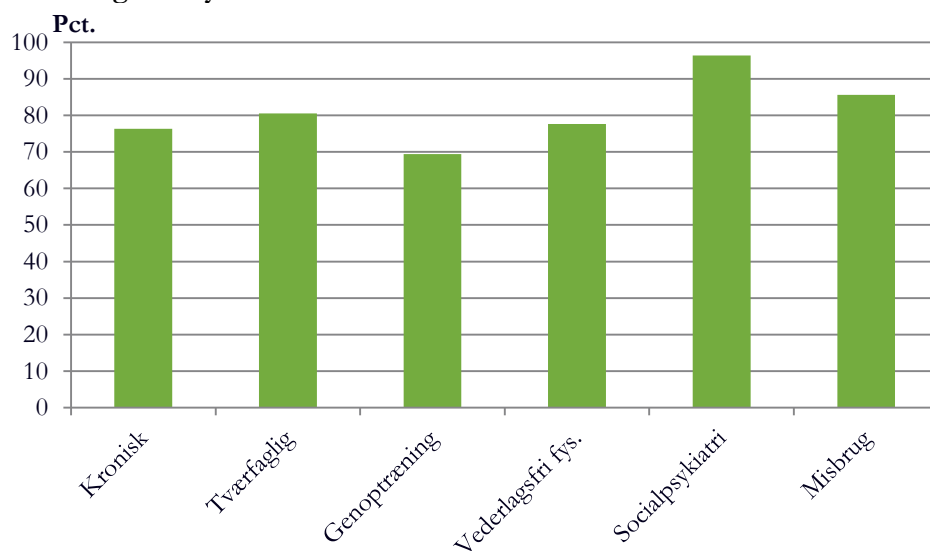
**Tabel 7: Fællesmængden af borgere.**

		Beskæftigelsessystemet		I alt
		Ja	Nej	
Sundhedsvæsenet	Ja	53,4	9,1	62,5
	Nej	27,6	9,9	37,5
I alt		81,0	19,0	100,0

Kilde: Egne beregninger.

Der er dog stor forskel på mængden af fællesborgere, og hvilken indsats borgeren modtager. Næsten alle borgere, som modtager et socialpsykiatrisk indsats er i kontakt med beskæftigelsessystemet, mens det gælder for ca. 70 pct. af borgerne, som modtager en genoptræningsindsats, *jf. figur 2*.

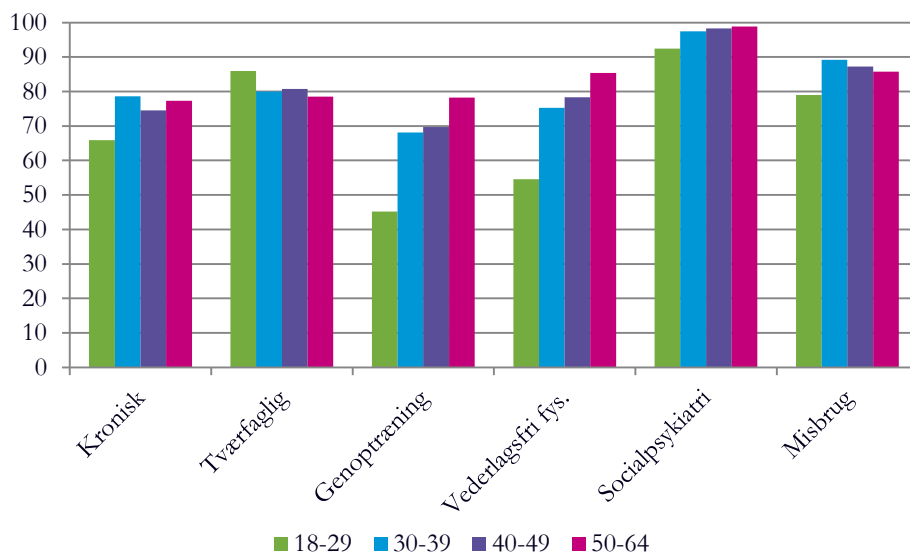
**Figur 2: Andelen af borgere, som modtager en indsats og er i kontakt med beskæftigelsessystemet.**



Kilde: Egne beregninger.

Anm.: Borgeren er i kontakt med beskæftigelsessystemet, hvis borgeren, i løbet af året forinden indsatsen, i mindst fire uger har modtaget en indkomstoverførsel.

**Figur 3: Andelen af borgere, som modtager en indsats og er i kontakt med beskæftigelsessystemet fordelt efter alder.**

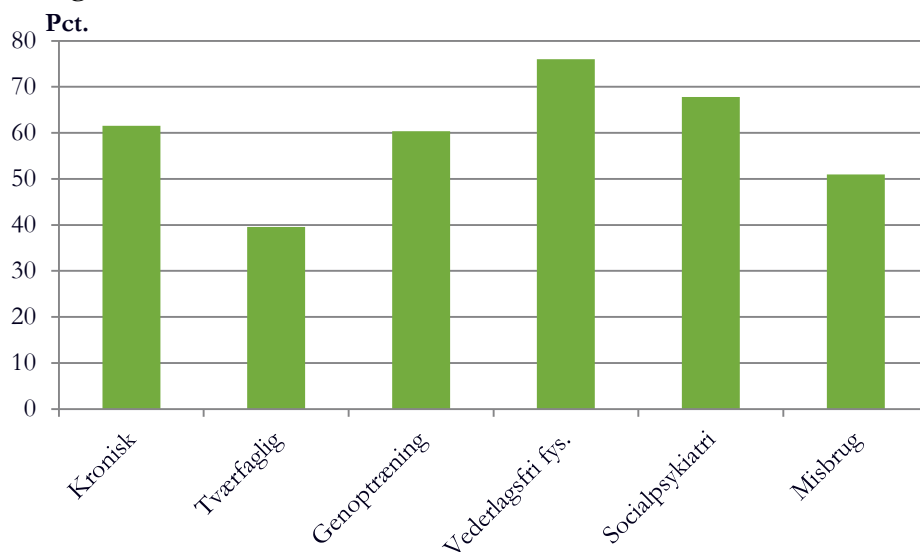


Kilde: Egne beregninger.

Forskellen på, hvor stor en andel af borgerne, som er fællesborgere, findes ikke kun på tværs af indsatsgrupperne, men også til dels indenfor den enkelte indsatsgruppe. En fordeling af hvor stor en andel af borgerne, som er fællesborgere, opgjort efter alder, viser netop denne variation, *jf. figur 3*. Særligt for borgere, som modtager en genoptræningsindsats eller modtager vederlagsfri fysioterapi, er der en stor forskel i antallet af fællesborgere. Fx er der ca. 45 pct. af borgeren i aldersgruppen 18-29 år, som er fællesborgere, for de borgere, som modtager en genoptræningsindsats, mens for gruppen af 50-64 år er det næsten 80 pct. af borgerne, som er fællesborgere. Den mindste variation skal findes hos borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats.

75 pct. af borgerne, som modtager vederlagsfri fysioterapi har året forinden været i kontakt med det regionale sundhedsvæsen, *jf. figur 4*. Det gælder for knap 40 pct. af borgerne, som modtager en tværfaglig indsats. Der er således også stor forskel på fællesmængden af borgere mellem kommunen og det regionale sundhedsvæsen.

**Figur 4: Andelen af borgere, som modtager en indsats, der er i kontakt med det regionale sundhedsvæsen.**



Kilde: Egne beregninger.

En fordeling af den regionale sundhedskontakt efter somatiske og psykiatriske kontakter viser, at de fleste fællesborgere skal findes i det somatiske sundhedsvæsen, *jf. tabel 8*. Det er ikke overraskende, da langt flere borgere er i kontakt med det somatiske sundhedsvæsen. Generelt ser det dog ud til, at borgerne, som modtager en form for indsats, i højere grad forbruger ydelser i det regionale sundhedsvæsen sammenholdt med den samlede befolkning. Det gælder både for de somatiske og de psykiatriske kontakter. 59,4 pct. af borgerne, som har modtaget en genoptræningsindsats, har været i kontakt med det somatiske sundhedsvæsen, det gælder for 40,9 pct. af den samlede befolkning. 43,8 pct. af borgere, som har modtaget en socialpsykiatrisk indsats har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen, mens det tilsvarende tal for den samlede befolkning er 2,1 pct.

**Tabel 8: Fællesmængden af borgere mellem kommunen og det regionale sundhedsvæsen.**

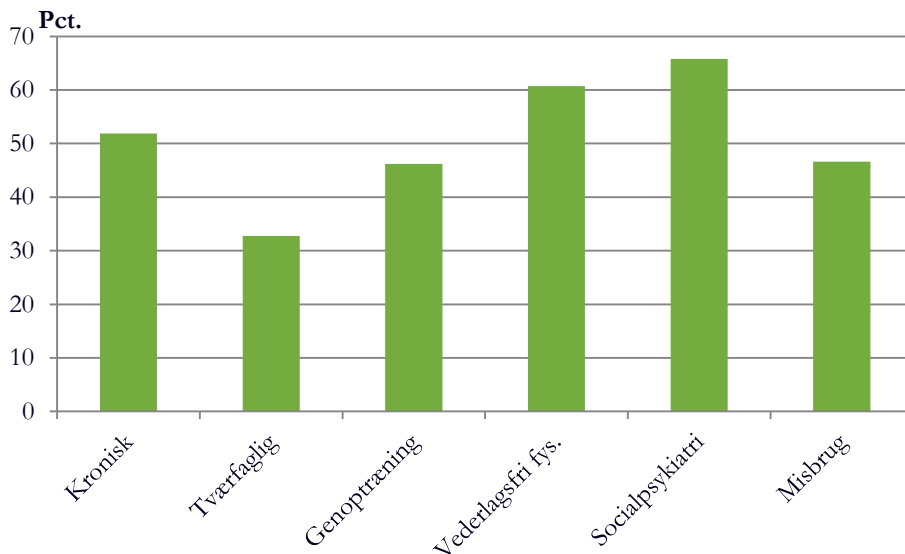
	Somatik	Psykiatri
Kronisk	59,2	5,7
Tværfaglig	38,4	3,0
Genoptræning	59,4	3,8
Vederlagsfri fysioterapi	75,4	3,6
Socialpsykiatri	43,7	43,8
Misbrug	42,7	18,5
Hele landet (2009)	40,9	2,1

Kilde: Egne beregninger.

Anm.: Hele landet omfatter aldersgruppen 18-64 år.

To ud af tre borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats, er både i kontakt med beskæftigelsessystemet og i kontakt med det regionale sundhedsvæsen, *jf. figur 5*. Det er altså en gruppe af borgere, som kommunerne ofte er i kontakt med samtidig med, at gruppen ofte er i forbindelse med det regionale sundhedsvæsen. Disse borgere har altså rigtig mange snitflader. Derfor vil det være særligt relevant at tænke mere tværfagligt. Særligt da en stor del af gruppen står uden for arbejdsmarkedet.

**Figur 5: Andelen af borgere, som modtager en indsats, der er i kontakt med både beskæftigelsessystemet og sundhedsvæsenet.**



Kilde: Egne beregninger.

Anm.: Borgeren er i kontakt med beskæftigelsessystemet, hvis borgeren, i løbet af året forinden indsatsen, i mindst fire uger har modtaget en indkomstoverførsel.

Mange borgere lever et liv med en kronisk eller psykisk sygdom, og det er bl.a. nogle af disse borgere, som modtager en social- eller sundhedsindsats. KL har tidligere udført en analyse af kroniske og psykiske syge borgeres tilknytning til arbejdsmarkedet. Fra denne analyse blev der dannet en population af borgere, som i 2007 enten havde en kronisk eller psykisk sygdom. 26 pct. af de borgere, som modtager en social- eller sundhedsindsats kan genfindes i KL's analyse af kroniske og psykiske syge. Det vil sige, at disse borgere i 2007 allerede havde enten en kronisk eller psykisk sygdom. Eller at mindst hver fjerde borger, som modtager en social- eller sundhedsindsats lever med en kronisk eller psykisk sygdom.

Det er til gengæld kun 6 pct. af populationen, fra KL's analyse af kroniske og psykiske syge, som på et tidspunkt i perioden 2009 til 2012 har modtaget en social- eller sundhedsindsats. Det kan dog ikke udelukkes, at flere borgere enten har modtaget en indsats tidligere eller modtaget en indsats, hvor der er manglende registrering eller lignende. Hvad karakteriserer de borgere

fra KL's tidligere analyse, som modtager en indsats og de borgere, som ikke gør?

Der er generelt ikke den store forskelle i borgernes baggrundskarakteristika, for hhv. de borgere der modtager en indsats og de borgere, der ikke gør, *jf. tabel 9*. Forskellen i de to grupper skal i stedet findes i forbrugs- og forsørgelsesmønsteret, *jf. tabel 10 og tabel 11*.

**Tabel 9: Baggrundskarakteristika for hhv. de borgere som modtager en indsats og dem der ikke gør.**

	Indsats	Ej indsats
Gns. alder	45,4	44,2
Mænd (andel)	0,42	0,46
Gifte (andel)	0,39	0,48
Ufaglært (andel)	0,49	0,44
Faglært (andel)	0,29	0,28
Videregående udd. (andel)	0,18	0,24
Dansk oprindelse (andel)	0,88	0,87
Vestlig oprindelse (andel)	0,03	0,04
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,08	0,09
<b>Antal borgere</b>	<b>8.454</b>	<b>139.633</b>

Kilde: Egne beregninger.

Borgerne, som modtager en indsats, har generelt et større forbrug, i det regionale sundhedsvæsen, end de borgere som ikke modtager en indsats, *jf. tabel 10*. Fx har de borgere som modtager en indsats i gennemsnit haft 3,8 besøg i psykiatrien i 2006. Det tilsvarende tal, for borgere uden en indsats, er i gennemsnit 1,4 besøg i psykiatrien.

**Tabel 10: Sundhedsindikatorer for hhv. de borgere som modtager en indsats og dem der ikke gør.**

	Indsats	Ej indsats
Besøg, somatik	1,4	1,0
Sengedage, somatik	7,7	3,0
Besøg, psykiatri	3,8	1,4
Sengedage, psykiatri	5,0	1,8

Kilde: Egne beregninger.

Anm.: Sundhedsindikatorerne angiver det forbrug borgeren har haft i 2006.

Kun 29 pct. af de borgere, som modtager en indsats, er selvforsørgende, mens det gælder for 50 pct. af de borgere, som ikke modtager en indsats, *jf. tabel 11*. Borgerne, som modtager en indsats, har altså generelt en lidt lavere tilknytning til arbejdsmarkedet sammenholdt med de borgere, som ikke modtager en indsats. 36 pct. af de borgere, som modtager en indsats, er på førtidspension. Det gælder kun for 17 pct. af borgerne uden en indsats. Der

er således også langt flere borgere, som får en indsats, der ikke er på arbejdsmarkedet, sammenholdt med de borgere, som ikke får en indsats.

**Tabel 11: Dominerende indkomstgrundlag for hhv. de borgere som modtager en indsats og dem der ikke gør.**

	Indsats	Ej indsats
Selvforsørgende	0,29	0,50
Dagpenge	0,04	0,04
Sygedagpenge	0,07	0,05
Kontanthjælp	0,12	0,08
Revalidering	0,02	0,02
Fleksjob	0,05	0,03
Førtidspension	0,36	0,17
Efterløn	0,01	0,04
Anden ydelse	0,03	0,08

Kilde: Egne beregninger.

## Status efter en indsats

Der kan være flere forskellige målsætninger og succeskriterier med de kommunale sociale- og sundhedsindsatser. Et af dem kunne være at gøre borgeren mere selvforsørgende. Det er ofte ønskeligt, at måle succesen af en sådan indsats. Indfries målsætningerne? Det kan dog være vanskeligt, at foretage sådanne mål. Det skyldes bl.a. udfordringer med at finde en kontrolgruppe, som borgerne kan sammenlignes med. Det er altså ofte vanskeligt at sammenligne de borgere, som har modtaget en indsats med de borgere, der ikke har modtaget en indsats.

Denne analyse skal bl.a. give en forståelse af, hvad der typisk sker med disse borgere i tiden efter en indsats afsluttes. Hvad er status efter indsatsen? Hvor mange af dem, der har fået en bestemt type indsats, er efterfølgende blevet selvforsørgende? Der er ikke tale om et effektstudie, hvor effekten af en bestemt indsats forsøges evalueret i forhold til kontrolgrupper el. lign., men i stedet en analyse af, hvordan målsætning om at gøre borgeren mere selvforsørgende ser ud til at lykkes i forhold til de forskellige modtagere af social- og sundhedsindsatser.

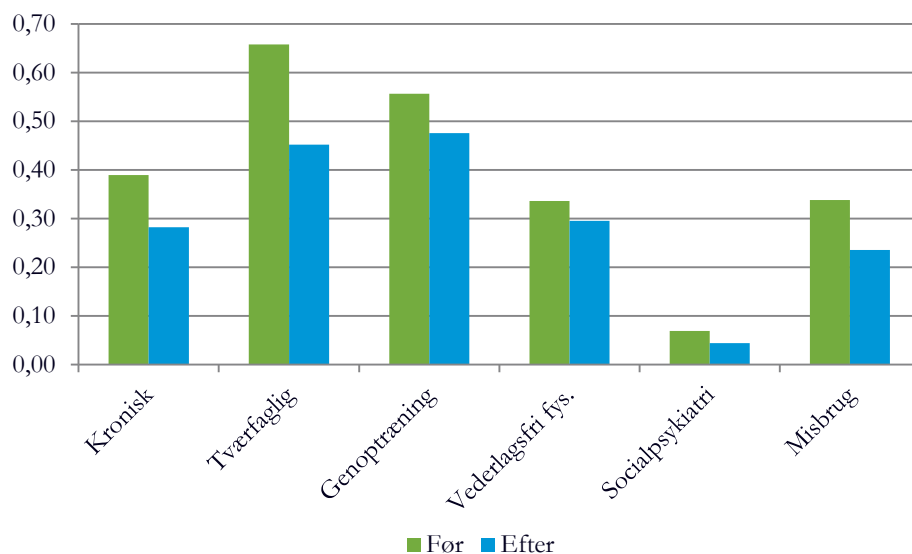
Der kan være forskellige forhold, som har indflydelse på borgerens succes. Et er bl.a. graden af sygdom. Jo mere alvorlig sygdommen er, desto mindre – må det forventes – er chancen for beskæftigelse. Et andet forhold, som kan have betydning for borgerens arbejdsmarkedsstatus er den beskæftigelsesrettede indsats. Derudover kan alder og andre socioøkonomiske forhold have en betydning for borgernes succes. Det er alle forhold, der skal tages højde for, når analyseresultaterne fortolkes. Det betyder samtidigt, at hvis borgerne bliver mindre selvforsørgende efter en indsats, er det ikke nød-

vendigvis et udtryk for, at indsatsen har slået fejl, men måske snarere, at de borgere, som modtager indsatsen, har særlige forhold.

Det har ikke været muligt at indhente oplysninger om slutdatoen for rigtige mange indsatser. Derfor antages det her, at alle indsatser har en slutdato et år efter startdatoen for den pågældende indsats. Analysen fokuserer ikke på varigheden af indsatsen, men bruger alene slutdatoen som et plejemærke for, hvornår der tales om status efter en indsats. Status efter en indsats angiver borgernes dominerende indkomstgrundlag året efter afslutningen af indsatsen eller år to efter starten af indsatsen. For at kunne måle status to år efter starten af en indsats ses der alene på borgere, som på et tidspunkt i perioden 2009 eller 2010, har modtaget en indsats.

Generelt er andelen af borgere, som er selvforsørgende, faldet fra status før<sup>2</sup> en indsats til status efter, jf. figur 6.

**Figur 6: Andelen af selvforsørgende hhv. før og efter en indsats.**



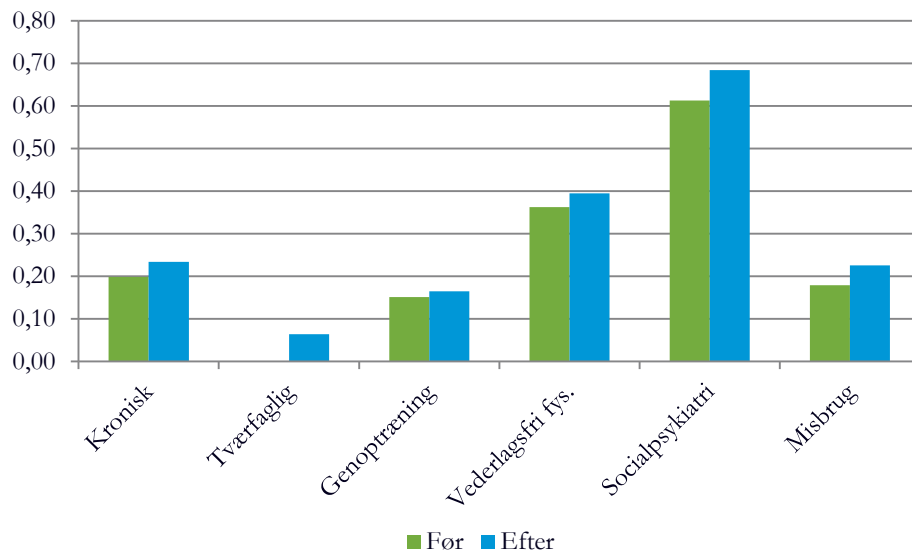
Kilde: Egne beregninger.

For borgere, som modtager en tværfaglig indsats er andelen, som er selvforsørgende faldet fra 66 pct. året før indsatsen til 45 pct. året efter, jf. figur 6. Dvs. hver tredje borgere, som var selvforsørgende før indsatsens start er ikke længere selvforsørgende, når status efter indsatsen opgøres. Andelen af borgere, som modtager vederlagsfri fysioterapi, der er selvforsørgende, er faldet fra 34 pct. til 30 pct., dvs. et fald på ca. 12 pct. Der er således stor variation mellem indsatserne og hvordan borgernes arbejdsmarkedsstatus ændres. Det er dog vigtigt her at huske, at der kan være flere grunde til, at

<sup>2</sup> Status før indsatsen angiver det dominerende indkomstgrundlag året før starten af en indsats.

andelen af borgere, som er selvforsørgende, er faldet. I og med, at faldet er generelt kan det være en indikation af, at det i forvejen er nogle svage borgere, som modtager en indsats. Faldet i andelen af borgere, som er selvforsørgende, medfører bl.a. at andelen, som modtager førtidspension er steget, *jf. figur 7.*

**Figur 7: Andelen af borgere på førtidspension hhv. før og efter en indsats.**

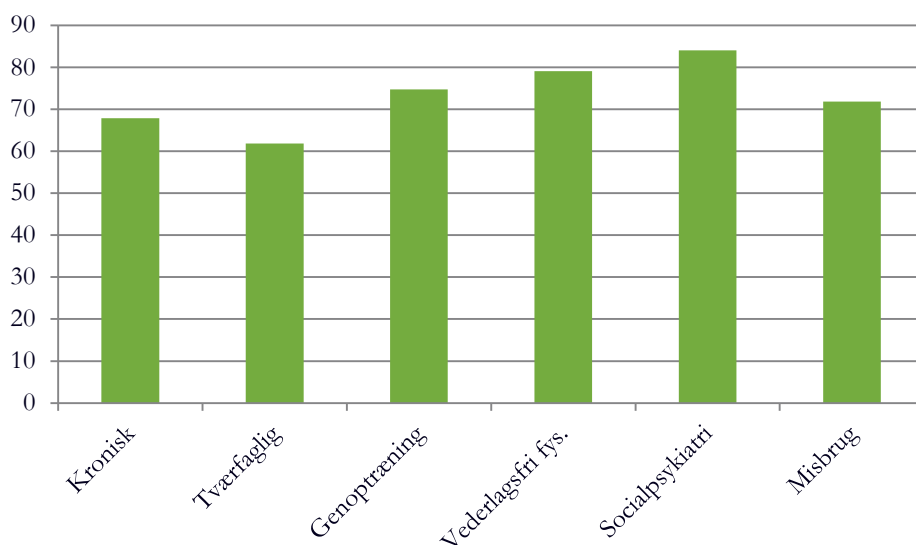


Kilde: Egne beregninger.

Selvom, at der er en generel tendens til, at borgerne er blevet mindre selvforsørgende, kan det dog afspejle en variation mellem de enkelte indsatsgrupper og borgerne indenfor den enkelte indsatsgruppe. Langt hovedparten af borgerne bevarer faktisk den samme status efter indsats, som de havde før indsatsen, *jf. figur 8.* Det gælder for fire ud af fem borgere, som modtager en socialpsykiatrisk indsats. Det er dog ikke overraskende, da over 50 pct. af borgerne modtager førtidspension.



**Figur 8: Andelen af borgere med samme status hhv. før og efter en indsats.**



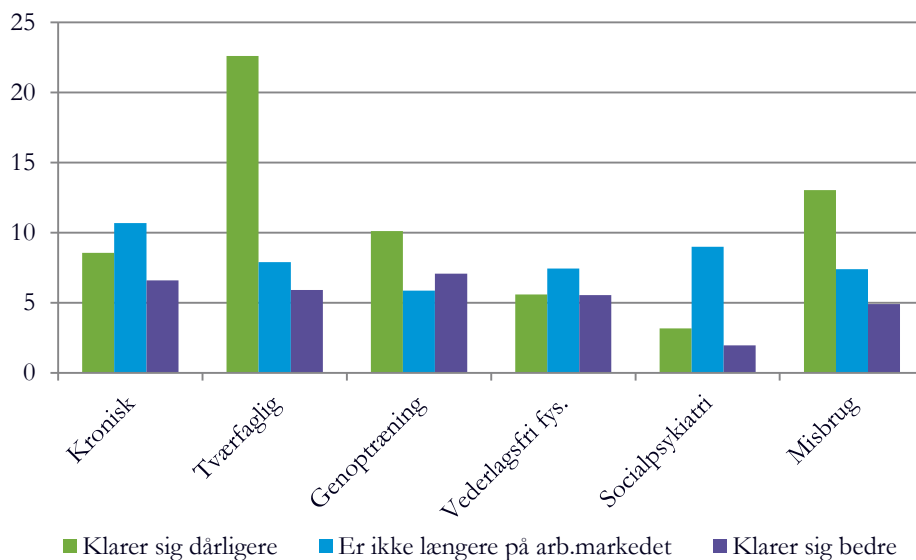
Kilde: Egne beregninger.

7 pct. af borgerne med en kronisk indsats eller en genoptræningsindsats klarer sig faktisk bedre efter indsatsen, *jf. figur 9. Klarer sig bedre* omfatter i dette tilfælde, at borgeren er gået fra at modtage en eller anden form for indkomstoverførelse til at blive selvforsørgende, men kan i dette tilfælde også være borgere, som går fra at være permanent uden for arbejdsmarkedet (førtidspension eller efterløn) til at igen at have en tilknytning til arbejdsmarkedet. Et andet succeskriterium kunne også være, at borgeren har flyttet sig, fra at være kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 3, til at være kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 2. Et tredje succeskriterium kan dog også bare være, at borgeren bevare samme status efter indsatsen, som vist i figur 8. De sidste to succeskriterier er der ikke taget højde for, når der her tales om, at borgeren *klarer sig bedre*.

23 pct. af borgerne med en tværfaglig indsats ser dog ud til at klare sig dårligere efter en indsats, men befinder sig trods alt stadig på arbejdsmarkedet, mens der er 7 pct. af borgerne, som faktisk ikke længere befinder sig på arbejdsmarkedet. Disse borgere kan være kommet på førtidspension eller være afgået ved døden. *Klare sig dårligere* omfatter bl.a. borgere, som tidligere var selvforsørgende, men efter indsatsen modtager en eller anden for indkomstoverførelse, men det kan også være borgere, som tidligere modtog en indkomstoverførelse, men efter indsatsen modtager en permanent ydelse uden for arbejdsmarkedet (førtidspension eller efterløn).

Det er igen vigtig at huske, at hvis borgerne klarer sig dårligere eller bedre, er det ikke nødvendigvis et udtryk for, at indsatsen har slået fejl eller er årsagen til, at borgeren klarer sig bedre, men måske snarere, at de borgere, som modtager indsatsen, har særlige forhold.

**Figur 9: Status efter indsatsen, fordelt efter hvor stor en andel, som klarer sig bedre, dårligere eller ikke længere befinder sig på arbejdsmarkedet.**



Kilde: Egne beregninger.

Hvad karakteriserer de borgere, som klarer sig dårligere, bedre, ikke længere er på arbejdsmarkedet eller har den samme status hhv. før og efter en indsats? Generelt er der ikke den store forskel mellem borgernes baggrundskarakteristika, *jf. tabel 12*. Det skal dog nævnes, at borgere som efter en indsats ender permanent uden for arbejdsmarkedet er i gennemsnit ældre, mens borgere som klarer sig bedre i højere grad har en videregående uddannelse.

**Tabel 12: Baggrundskarakteristika for borgere, som modtager en indsats, fordelt efter status efter indsatsen.**

	Samme status	Klarer sig dårligere	Er ikke længere på arb.markedet	Klarer sig bedre
Gns. alder	43,6	40,4	49,1	45,8
Mænd (andel)	0,46	0,44	0,48	0,45
Gifte (andel)	0,44	0,48	0,47	0,52
Ufaglært (andel)	0,44	0,37	0,40	0,34
Faglært (andel)	0,28	0,34	0,36	0,35
Videregående udd. (andel)	0,24	0,25	0,22	0,28
Dansk oprindelse (andel)	0,88	0,87	0,87	0,87
Vestlig oprindelse (andel)	0,03	0,03	0,04	0,04
Ikke-vestlig oprindelse (andel)	0,09	0,10	0,09	0,09
<b>Antal borgere</b>	<b>14.687</b>	<b>1.679</b>	<b>1.316</b>	<b>1.085</b>

Kilde: Egne beregninger.

## Bilag 1 – Tabeller

**Tabel b.1a: Baggrundskarakteristik for borgere, som modtager en indsats. Ikke førtidspensionister.**

	Kronisk	Tvær- faglig	Genop- træning	Fysio- terapi	Social- psykiatri	Misbrug	Hele befolkning
Gns. alder	49,76	42,37	43,51	42,90	32,03	39,03	40,2
Køn	0,37	0,38	0,47	0,40	0,48	0,74	0,50
Civilstand	0,54	0,46	0,57	0,61	0,17	0,32	0,50
Ufaglært	0,31	0,29	0,34	0,29	0,71	0,51	0,40
Faglært	0,34	0,36	0,34	0,31	0,14	0,34	0,33
Videregående	0,27	0,34	0,28	0,36	0,11	0,10	0,25
Dansk	0,82	0,84	0,88	0,89	0,84	0,95	0,90
Vestlig	0,04	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03
Ikke-vestlig	0,14	0,12	0,08	0,07	0,13	0,02	0,07
Antal børn	1,57	1,23	1,44	1,33	0,63	1,31	-
Bruttoindkomst	275.981	299.869	275.998	283.374	137.206	199.255	-
Antal borgere	930	497	10.142	3.618	1.933	999	-

Kilde: Egne beregninger.

**Tabel b.1b: Baggrundskarakteristik for borgere, som modtager en indsats. Førtidspensionister.**

	Kronisk	Tvær- faglig	Genop- træning	Fysio- terapi	Social- psykiatri	Misbrug	Hele befolkning
Gns. alder	53,9	-	54,3	50,7	43,1	46,5	40,2
Køn	0,35	-	0,40	0,39	0,51	0,68	0,50
Civilstand	0,34	-	0,37	0,36	0,14	0,16	0,50
Ufaglært	0,49	-	0,53	0,46	0,69	0,67	0,40
Faglært	0,28	-	0,30	0,27	0,15	0,21	0,33
Videregående	0,14	-	0,10	0,20	0,08	0,04	0,25
Dansk	0,80	-	0,88	0,87	0,91	0,97	0,90
Vestlig	0,02	-	0,03	0,03	0,03	0,01	0,03
Ikke-vestlig	0,18	-	0,09	0,10	0,06	0,02	0,07
Antal børn	1,75	-	1,67	1,31	0,58	1,07	-
Brutto indkomst	171.348	-	172.112	191.156	166.163	158.401	-
Antal borgere	250	1	1.931	1.819	2.297	243	-

Kilde: Egne beregninger.

**Tabel b.2a: Ikke førtidspensionister, forskellige sundhedsindikatorer et år før indsatsstart.**

	Kronisk	Tvær- faglig	Genop- træning	Fysio- terapi	Social- psykiatri	Misbrug
Medicinformbrug	3.420	1.804	2.234	3.810	5.838	2.665
Besøg, somatik	4,52	1,68	2,50	4,67	1,66	1,01
Indlæggelser, somatik	0,67	0,29	0,44	0,56	0,43	0,44
Sengedage, somatik	3,33	1,21	1,88	3,62	2,32	1,47
Besøg, psykiatri	0,19	0,17	0,22	0,25	7,19	0,92
Indlæggelser, psykiatri	0,02	0,01	0,01	0,01	0,32	0,11
Sengedage, psykiatri	0,29	0,21	0,26	0,18	11,98	0,91

Kilde: Egne beregninger.

**Tabel b.2b: Førtidspensionister, forskellige sundhedsindikatorer et år før indsatsstart.**

	Kronisk	Tvær- faglig	Genop- træning	Fysio- terapi	Social- psykiatri	Misbrug
Medicinformbrug	10.378	-	11.480	11.150	15.539	10.547
Besøg, somatik	5,64	-	5,96	5,62	2,24	1,43
Indlæggelser, somatik	0,76	-	1,21	0,92	0,52	0,91
Sengedage, somatik	3,78	-	7,00	8,10	2,77	2,65
Besøg, psykiatri	1,83	-	1,25	0,46	7,73	1,90
Indlæggelser, psykiatri	0,13	-	0,09	0,03	0,37	0,23
Sengedage, psykiatri	1,26	-	2,15	1,05	12,71	3,65

Kilde: Egne beregninger.

## Bilag 2 – Dataafgræsning

For at gøre data sammenlignelige og strømlinet er der foretaget forskellige valg i forhold til data.

### *Antal kommuner*

Skal indsatsen opgøres kommunefordelt eller alle kommunerne samlet under ét? I denne analyse er der valgt, at opgøre kommunerne samlet under ét. Ulempen ved at opgøre kommunerne samlet er, at der kan være forskel i indsatserne mellem de forskellige kommuner. Det kan godt være, at en indsats har samme navn, men det betyder ikke nødvendigvis, at det har samme indhold. Derfor vil analysen ikke kunne sige noget om, hvad indsatsen har af betydning. Det eneste analysen kan sige noget om er, hvorvidt borgeren har modtaget en indsats. Hvordan indsatsen påvirker borgeren kan analysen derfor heller ikke sige noget om.

### *Borgere med indsats i flere kommuner*

93 borgere har fået en indsats i flere kommuner. Der er valgt at lade disse borgere tæller med i begge kommuner.

### *Hyppighed af indsats*

Data siger ikke noget om hyppigheden af indsatsen, men blot alene om borgeren har modtaget en indsats. Det betyder, at det er vanskeligt at sige noget om, hvor intensiv indsatsen har været og hvilken outcome en mere intensiv indsats har frem for en mindre indsats. Dette skal der naturligvis tages højde for, når data inden for den enkelte indsatsgruppe sammenlignes.

### *Flere indsats i samme år*

For borgere der modtager flere forskellige indsatser i løbet af et år, da vil borgeren tælle med flere gange i analysen. Dvs. det samlede antal unikke bruger er ikke nødvendigvis det samme som summen af unikke bruger for de forskellige indsatser.

### *Startdato for indsatsen:*

Flere kommuner har både oplyst en startdato og en slutdato samtidig med, at der er oplyst et år for indsatsen. Der er ikke i alle tilfælde, at der er overensstemmelse mellem hhv. det angivet startdato og slutdato og det angivet år. Derfor er der valgt alene at tage udgangspunkt i startdato.

Ikke alle kommuner har oplyst en startdato, men har enten oplyst en startmåned eller et startår. I de tilfælde hvor der alene er oplyst et startår, er der valgt at indsætte den 1. juli, som startdato. I de tilfælde hvor der er angivet en måned er der valgt at indsætte den 15. i måneden som startdato.

Kommune	Indsats	År	Oplysning
København	Vederlagsfrifysioterapi		Måned
Frederiksberg	Alle indsatser		År
Randers	Alle indsatser		År
Silkeborg	Vederlagsfrifysioterapi	2009	Måned
	Genoptræning SEL § 86	2011	År
	Socialpsykiatri §§ 85, 103, 104		År

#### *Slutdato for indsats*

Det er ikke alle kommuner eller alle indsatser, hvor der er registeret en slutdato for indsatsen. Det betyder, at når vi ser på ”effekten” af en indsats eller status fx et år efter indsatsstart, da kan borgeren stadig være i gang med en indsats, hvilket betyder, at resultatet kan blive lidt misvisende. Det skal der naturligvis tages højde for, når analyseresultaterne fortolkes.

#### *Analyse af flere år*

Analysen tager udgangspunkt i borgere som på et tidspunkt i perioden 2009 til 2012 har modtaget en indsats. Der analyseres således over forskellige år. Det betyder, at der i realiteten kan være udefra kommende faktorer, som kan påvirke den enkelte borgers situation i det ene år, som ikke påvirker borgerens situation i de andre år. Det kan fx konjunkturmæssige forhold, som måske vil påvirke borgerens arbejdsmarkedssituation. Eller de borgere, hvor indsatsen har en startdato i 2009 kan være påvirket af længere indlæggelseslængde i 2008, grundet strejken i det regionale sundhedsvæsen. Det skal der tages højde for, når resultaterne analyseres.

#### *Populationen*

Populationen inkluderer borgere, der i 2011 er mellem 18 og 64 år. Borgere, hvor det ikke har været muligt at identificere en alder, er ikke inkluderet i analysen. Et af formålene med analysen er at finde fællesmængden af borgere mellem sundheds/social- og beskæftigelsesindsatsen. Borgere, der ikke kan genfindes i Arbejdsmarkedsstyrelsens DREAM database og i perioden 2008 til 2011 har en gennemsnitsindkomst på mindre end 50.000 kr. er udelukket fra analysen. De resterende borgere, der ikke fremgår af DREAM, men har en indkomst på 50.000 kr. eller derover i perioden 2008 til 2011 antages at være selvforsørgende.

Personer der er døde før indsatsstart slettes. Det drejer sig om et begrænset antal personer. Det skal dog bemærkes, at da vi for nogle kommuner har været nødt til at identificere en startdato. Kan der for disse borgere være en uoverensstemmelse mellem hvornår indsatsen i virkeligheden er påbegyndt og tidspunktet for dødsfaldet.

### *Arbejdsmarkedsdata*

Fordeles efter:

- Selvforsørgelse
- Kontanthjælpsmodtagere
- Dagpengemodtagere
- Sygedagpengemodtagere
- Førtidspension
- Efterløn
- Revalidering
- Fleksjob
- Anden ydelse

Selvforsørgende omfatter både borger med bopæl i udlandet samt studerende på SU.