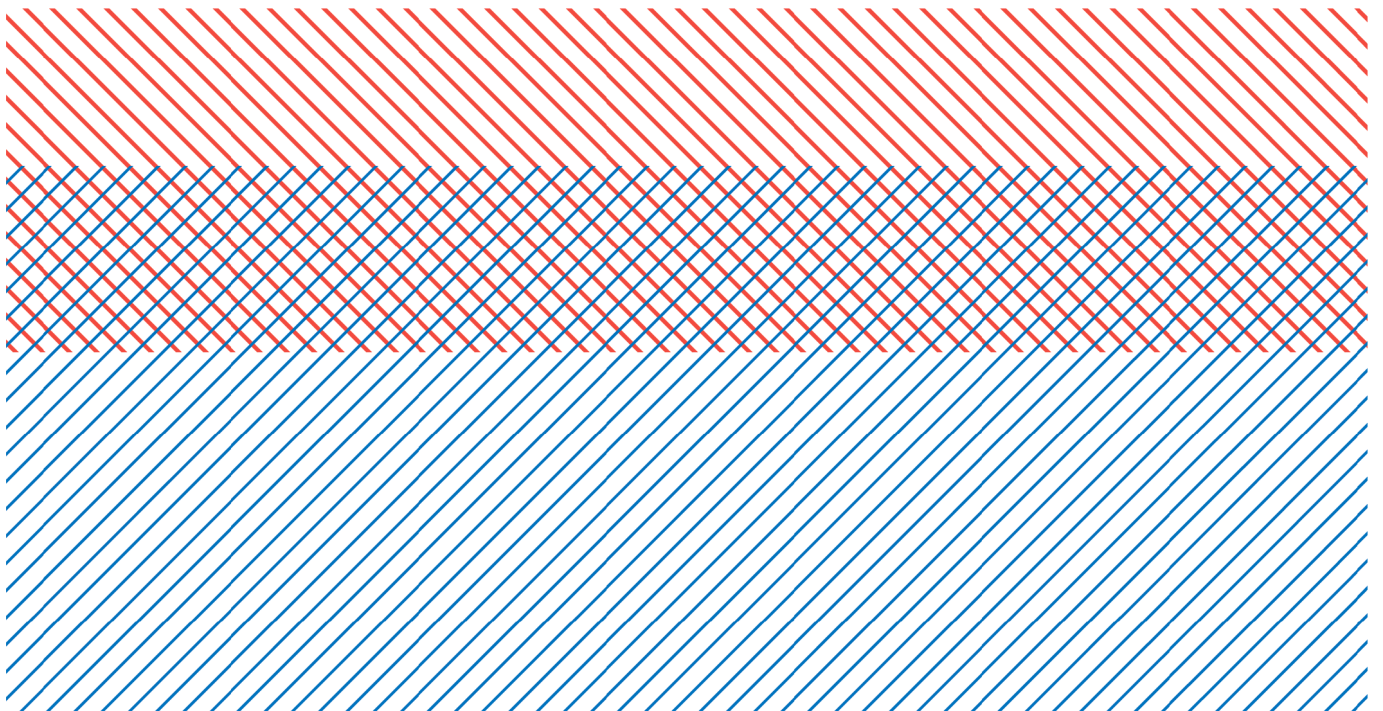


Notat

Socialøkonomisk investeringsmodel (SØM)

Dokumentation



Rasmus Højbjerg Jacobsen, Jacob Nielsen Arendt, Mette Verner,
Marianne Schøler Kollin, Christine Halling og Kristian Kolstrup

Socialøkonomisk investeringsmodel (SØM) – Dokumentation

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-26-3

Projekt: 11225

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

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

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Dette notat indeholder dokumentation af den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM). Modellen er blevet udviklet i perioden juli 2016 – september 2017 af et konsortium bestående af VIVE og Incentive.

Notatet er et teknisk baggrundsnotat til selve modellen, som er tilgængelig på Socialstyrelsens web-side. Formålet med notatet er således først og fremmest at præsentere datagrundlag, metodemæssige principper og antagelser, der ligger bag den udviklede model. En del af beskrivelsen er af ret teknisk karakter og vedrører specifikke definitioner og estimationsteknikker, men især kapitel 1 kan også med fordel læses som en introduktion til modellen.

Udviklingen af SØM har været fulgt af en følgegruppe, der undervejs har givet kommentarer til modellens elementer. Følgegruppens medlemmer takkes for gode kommentarer undervejs.

Dokumentationen har været læst og kommenteret af to eksterne reviewere, ligesom den har gennemgået VIVEs interne kvalitetssikringsreview. Både eksterne og interne reviewere takkes for gode og brugbare kommentarer.

Forfatterne
2018

Indhold

1	Indledning.....	5
2	Sådan regner SØM.....	8
	2.1 SØMs beregninger.....	8
	2.2 Beregninger	9
3	Vidensdatabasens indhold.....	11
	3.1 Effekter.....	12
	3.2 Konsekvenser	13
	3.3 Priser.....	20
	Litteratur.....	27
Bilag 1	Afgrænsning af målgrupper i registre.....	28
Bilag 2	Søgning på svenske og norske hjemmesider	38
Bilag 3	Søgning på Pubmed.....	42
Bilag 4	Søgning på DANBIB.....	43
Bilag 5	Oversigt over priser i SØMs vidensdatabase.....	44
Bilag 6	Teknisk bilag vedrørende priser.....	48
Bilag 7	Teknisk bilag vedrørende effektstørrelser i vidensdatabasen	51
Bilag 8	Teknisk bilag vedrørende beregning af økonomisk konsekvens	53

1 Indledning

Det koster penge at implementere og drive en social indsats. Til gengæld kan den bidrage til at forbedre livskvalitet og kompetencer, hos de borgere, der modtager den. Den positive effekt på en udsat borgers liv kan medføre, at forbruget af en række offentlige ydelser og andre aktiviteter påvirkes. Det vil typisk betyde, at det offentlige kan spare penge andre steder eller måske få højere skatteindtægter, hvis borgeren kommer i beskæftigelse.

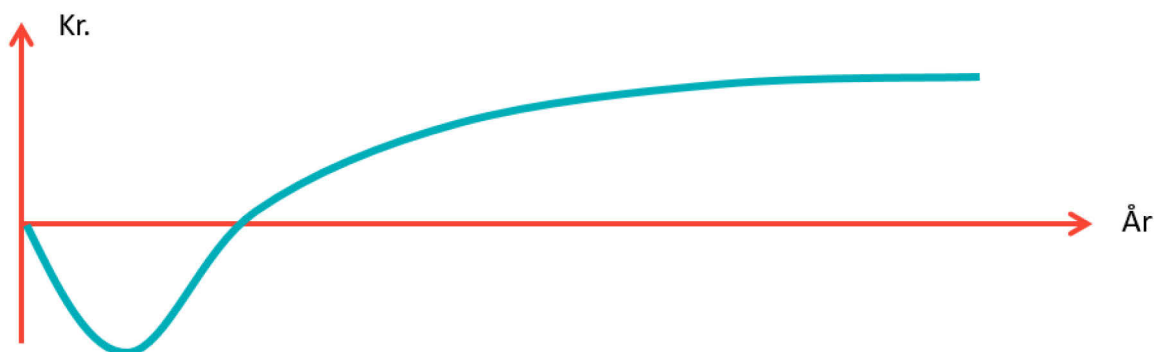
Således kan en social indsats opfattes som en investering. Ud over et menneskeligt afkast kan den også give et økonomisk afkast, som helt eller delvist kan opveje indsatsens omkostninger.

SØM kan hjælpe kommuner og andre med at vurdere omkostninger og de forventede økonomiske konsekvenser ved sociale indsatser.

VIVE og Incentive har udviklet første version af SØM for Socialstyrelsen. Bag SØM ligger et ønske om at få mere viden om de sociale indsatsers omkostninger og afledte økonomiske konsekvenser over tid. I den første version af modellen har der været fokus på at skaffe data for voksenområdet, men en udvidelse på området for udsatte børn- og unge er igangsat og ventes klar i sidste halvdel af 2018. Dette notat indeholder en dokumentation af den første version af SØM, som blev offentliggjort i januar 2018.

Tankegangen bag modellen, er, at sociale indsatser kan ses som en social investering. Som illustreret i nedenstående figur indebærer investeringen i første omgang en omkostning til indsatsen. Derefter kan der i mange tilfælde i de følgende år – ud over de mulige positive menneskelige effekter – opnås økonomiske gevinster, fordi udgifterne til behandling, støtte, offentlige overførsler mv. falder som følge af investeringen.

Figur 1.1 Investeringsprofil



SØM kan bruges til at give et kvalificeret bud på, hvordan de omkostninger og de afledte økonomiske konsekvenser ser ud i de efterfølgende to, tre, fem – eller måske ti år. Modellens brugere ventes først og fremmest at være kommunerne, hvor de fleste sociale indsatser er forankret. Målet er, at SØM bliver en brugervenlig hjælp til at give et estimat for omkostningerne og de økonomiske konsekvenser af en given indsats. Dermed kan modellen være med til at informere en given beslutningssituation, hvor økonomi kan være ét af flere hensyn.

Hvis fx en social indsats reducerer stofmisbruget hos modtageren af indsatsen – også kaldet deltageren – kan det have betydning for den offentlige økonomi på mange måder. En række udenlandske undersøgelser har for eksempel dokumenteret, at personer med stofmisbrug har mindre behov for

sundhedsydelse i perioder, hvor de er stoffri. De får også mindre behov for at blive behandlet for følgesygdomme af deres misbrug, og de bliver udsat for færre ulykker med skadestuebesøg eller indlæggelser til følge. De begår typisk også mindre kriminalitet, hvilket også bidrager til en besparelse for det offentlige. Ligeledes kan en potentiel konsekvens af et reduceret stofmisbrug være, at der identificeres et behov for en form for socialpædagogisk støtte til deltageren, hvilket vil betyde en øget omkostning som følge af indsatsen.

SØM kan bruges til beregninger for indsatser for alle målgrupper. I modellens vidensdatabase er der viden, som man kan basere sine beregninger på. Der er viden tilgængelig for forskellige målgrupper. For at beregningerne foretaget i SØM giver et retvisende billede af de økonomiske konsekvenser af en indsats, er det vigtigt, at gruppen af borgere, som ligger til grundlag for beregningen, ligner deltagergruppen mest muligt.

SØM forudsætter en række input af brugeren, og det er vigtigt at understrege, at SØM giver et bud på budgetøkonomiske konsekvenser, der ikke er bedre end de input, modellen får. Det er også vigtigt at understrege, at det alene er offentlige budgetøkonomiske konsekvenser, der belyses, og ikke andre afledte samfundsøkonomiske konsekvenser. Det gælder ikke mindst en række konsekvenser for borgerne, der modtager den sociale indsats, som kan være svære at kvantificere (fx betydning for trivsel mv.).

SØM modellen består af to hoveddele:

For det første: Et **beregningsredskab** til beregningen af indsatsernes omkostninger og budgetøkonomiske konsekvenser. Her skal brugeren indtaste de tal, som beregningen skal baseres på. Det er tal vedrørende indsatsens omkostninger, dens effekt på deltageren, de afledte konsekvenser for det offentlige samt priser.

Herudover skal brugeren vælge, hvilke hovedområder (fx overførsler, sundhed m.m.) beregningen skal medtage. På baggrund af et estimat af såkaldte links mellem de direkte effekter af indsatsen og en række økonomiske konsekvenser kan modellen give et bud på den samlede budgetøkonomiske konsekvens af indsatsen.

For det andet: En **database med viden** om effekter af sociale indsatser samt estimater til at beregne de økonomiske konsekvenser for forskellige målgrupper.

Effektstørrelserne i databasen bygger på viden fra velfunderede undersøgelser af indsatsernes effekter fra både Danmark og udlandet.

De øvrige estimater i databasen omfatter estimater for konsekvenserne og deres priser. Estimaterne for konsekvenserne viser ændringerne i aktivitet og forbrug af ydelser som følge af indsatsen. De økonomiske konsekvenser i vidensdatabase er fx modtagelse af overførselsindkomst, brug af sundhedsydelse, udgifter som følge af kriminalitet og brug af kommunale tilbud som herberg m.m. Der estimeres desuden en tidsmæssig profil, dvs. et bud på, hvor lang tid den økonomiske konsekvens varer. Man kan også vælge i stedet selv at indtaste de mulige konsekvenser, hvis man har en viden herom.

De estimerede konsekvenser er ikke kausale effekter af de indsatser, modellen kan regne på. Der er således tale om estimerede sammenhænge på baggrund af inddelinger af personer ud fra registeroplysninger uden viden om, hvorvidt borgerne rent faktisk har fået en indsats. Estimaterne er alene udtryk for et potentiale for, hvilke økonomiske konsekvenser der kan realiseres.

Prisoversigten viser de priser, modellen i udgangspunktet arbejder med og dermed bruger i beregningen. Den præsenterer også kilderne og afgrænsningen heraf. Beregningerne i SØM afhænger af den viden, der findes om effekter af sociale indsatser og de heraf afledte konsekvenser for offentlige ydelser og aktiviteter.

Endelig har databasen en oversigt over forbruget af de offentlige ydelser og services, modellen medtager. Forbruget er fordelt på modellens målgrupper og beregnet som det gennemsnitlige forbrug for målgruppen på baggrund af registeroplysninger fra Danmarks Statistik. Det skal bemærkes, at fordi modellens målgrupper er afgrænset ved hjælp af registerdata, har det ikke været muligt at identificere hele målgruppen, og dermed er tallene for forbruget af de offentlige ydelser og services ikke nødvendigvis repræsentative for hele målgruppen. Der er desuden tale om landsgennemsnit, hvorfor tallene ikke nødvendigvis rammer niveauet i en given kommune. Brugere af modellen kan læne sig op ad de foreslåede tal i modellen eller tilpasse, så de bedre afspejler forholdene i den specifikke situation. Figuren nedenfor illustrerer elementerne i SØM. De to dele kan bruges uafhængigt af hinanden, men beregningsredskabet trækker i udgangspunktet på informationer fra vidensdatabasen, hvorefter modellen med input fra brugeren kan producere resultater af beregningen (de øverste røde pile). De stiplede kasser og pile viser, at SØMs beregningsredskab også kan anvende input fra andre kilder, hvis fx brugeren selv har viden om de økonomiske konsekvenser af en indsats. I sådanne tilfælde fungerer beregningsredskabet som en "regnemaskine", der kan udregne og fremstille resultaterne af beregningen. Endelig viser figuren også, at den viden, der er indeholdt i SØMs vidensdatabase, kan anvendes i andre beregningsredskaber, hvis brugerne måtte ønske det.

Figur 1.2 Elementerne i SØM



Vidensdatabasen samler viden om input, der kan bruges i en budgetøkonomisk konsekvensberegning. Databasen indeholder 1) effekter for borgeren af indsatsen, 2) konsekvenser som følge af effekten og 3) enhedspriser for de afledte konsekvenser. Alle disse begreber gennemgås nærmere i de følgende kapitler.

Den resterende del af dokumentationsnotatet er bygget op på følgende måde: Kapitel 2 indeholder en gennemgang af, hvordan SØM er bygget op, og hvordan SØM regner. Kapitel 3 beskriver indholdet i vidensdatabasen og de foruddefinerede målgrupper overordnet. Kapitlet indeholder en beskrivelse af indholdet af databasen på de tre typer af viden: Effekter, konsekvenser og priser. Derudover indeholder notatet otte tekniske bilag med detaljerede oplysninger om definitionen af målgrupperne i registerdata, litteratursøgninger efter effektstudier, kilder til priser, beregning af effektstørrelser og estimation af de afledte konsekvenser til vidensdatabasen.

2 Sådan regner SØM

I dette kapitel redegør vi for, hvordan SØM regner de økonomiske konsekvenser af en indsats, samt hvilke centrale forudsætninger der ligger til grund for disse beregninger.

2.1 SØMs beregninger

Figur 2.1 illustrerer grundprincippet i beregningerne i SØM. Hovedelementerne i modellen er omkostningerne ved indsatsen (som evt. opgøres ved brug af omkostningsmodulet) og de økonomiske konsekvenser. Tilsammen giver omkostningerne og de økonomiske konsekvenser den forventede nettogevinst af indsatsen.

De økonomiske konsekvenser beregnes ud fra fire komponenter:

1. Antallet af deltagere, der modtager indsatsen (indtastes af brugeren)
2. Effekten af indsatsen. Effekten (eller succesraten) måler, hvor stor en andel af deltagerne, der forventes at opnå indsatsens effektmål. Hvis denne ikke kendes, kan vidensdatabasen benyttes som inspiration (effekten indtastes af brugeren)

Antallet af deltagere multipliceres med effekten (succesraten) af indsatsen og dermed fås antallet af deltagere, der opnår succes af indsatsen.

3. Konsekvenserne er de estimerede ændringer i ydelser og aktiviteter for deltagere med succes. For eksempel kan en konsekvens af en indsats være, at nogle af deltagerne, der opnår succes af indsatsen overgår fra at modtage kontanthjælp til at være i beskæftigelse og dermed vil konsekvensen bl.a. være, at der spares kontanthjælp og skattebetalingen øges. Konsekvenserne er beregnet for de fem følgende år efter indsatsen.
4. Priserne er opgjort som priser pr. enhed pr. aktør (kommune, region og aktør) og indeholder således den monetære værdi af fx en uges sparet kontanthjælp.

Konsekvenser ganget med priser giver den monetære værdi af konsekvenserne for en deltager med succes, og når dette multipliceres med antallet af deltagere, der har haft succes af indsatsen, fås de samlede økonomiske konsekvenser af indsatsen.

Summen af omkostningerne ved indsatsen og de (tilbagediskonterede) økonomiske konsekvenser giver nutidsværdien af nettogevinsten af indsatsen.

Figur 2.1 Beregningsmodellens grundprincip



2.2 Beregninger

SØM beregner omkostningerne ved og de økonomiske konsekvenser af en indsats på baggrund af brugerens input. Brugeren kan vælge at anvende de data, der ligger i vidensdatabasen til inspiration om størrelsen af effekter, konsekvenser og priser.

2.2.1 Centrale forudsætninger

SØM har fem centrale forudsætninger, jf. Tabel 2.1. De tre første forudsætninger kan ændres af brugeren under 'Indstillinger'. Tidshorisonten – dvs. perioden efter indsatsen, hvor de økonomiske konsekvenser beregnes – kan brugeren indstille for den enkelte indsats under 'Resultater', mens det første år, hvor effekter medregnes fra (startåret), ikke kan ændres. Tidshorisonten for beregningen kan specificeres separat for hver indsats for sig, mens de andre forudsætninger er ens for alle indsatser i modellen. Hvis brugeren ønsker at anvende andre forudsætninger, foretages en separat beregning hvor, der angives andre indstillinger.

Tabel 2.1 Centrale forudsætninger

Element	Standardværdi
Diskonteringsrate	4 % ¹
Prisniveau år	2018
Nutidsværdi år	2018
Tidshorisont	6 år efter sidste deltager gennemfører indsatsen
Effekt medregnes fra og med	Det år en deltager gennemfører en indsats

2.2.2 Diskontering, nutidsværdi og tidshorisont

Diskonteringsraten anvendes til at opgøre nutidsværdien i det år, bruger har valgt at beregne nutidsværdien for. Med en diskonteringsrate på 4 % er nutidsværdien i år 2018 af en gevinst på 1 mio. kr., som man forventer at få i år 2021, således $\frac{1 \text{ mio. kr.}}{(1+4\%)^3} = 888.996 \text{ kr.}$

Nutidsværdien beregnes for den periode, der er valgt under 'Resultater'. Perioden er som udgangspunkt fra det år, hvor den første indsats starter, til seks år efter den sidste deltager har gennemført en indsats. Hvis der vælges en nutidsværdi i fremtiden, fx 2020, tilbagediskonteres alle økonomiske konsekvenser, der indfinder sig efter år 2020 tilbage til år 2020, mens økonomiske konsekvenser, der indfinder sig før år 2020, diskonteres "frem" til år 2020. Eksempelvis er nutidsværdien i år 2020 af en økonomisk konsekvens på 1 mio. kr. i år 2017 således $1 \text{ mio. kr.} \cdot (1+4 \%)^3 = 1.124.864$.

Vi anbefaler, at nutidsværdien som udgangspunkt beregnes for det år, hvor resultaterne af analysen skal bruges.

2.2.3 Prisniveau

SØM regner som udgangspunkt i 2018-priser. Det betyder, at brugeren skal indtaste alle omkostninger i samme prisniveau. Vælger brugeren et andet års prisniveau, omregner SØM alle priser fra vidensdatabasen til det valgte år ved hjælp af prisindekset. Prisindekset kan ses i vidensdatabasen. Alle input, der er indtastet af brugeren, skal brugeren selv omregne til det valgte år. Det anbefales,

¹ Finansministeriet 2013 anbefaler, at man benytter en diskonteringsrate på 4 %.

at man bruger den pris- og lønudvikling for kommunal service, som KL årligt opgør. Vi anbefaler, at prisniveau-år som udgangspunkt sættes til det år, hvor resultaterne af analysen skal bruges.

2.2.4 Tidspunkt for opgørelse af økonomiske konsekvenser

I SØM opnår deltagerne i indsatsen økonomiske konsekvenser fra og med året, hvor de afslutter en indsats. Det betyder, at for en indsats, hvor den første deltager, deltager 1, afslutter i år 2019, og den sidste deltager, deltager 2, afslutter i år 2021, vil der i nutidsværdien indgå 8 års gevinster for den deltager 1 (2019-2026), og 6 års gevinster for deltager 2 (2022-2026), hvis analysens tidshorisont er afgrænset til og med år 2026.

Tabel 2.2 Eksempel på beregning af økonomiske konsekvenser for en indsats med to deltagere

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Omkostning deltager 1	-2.000	-2.000							
Omkostning deltager 2		-2.000	-2.000	-2.000					
Konsekvenser deltager 1		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Konsekvenser deltager 2				1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
I alt	-2.000	-3.000	-1.000	0	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

3 Vidensdatabasens indhold

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af indholdet af vidensdatabasen, og hvordan indholdet er tilvejebragt.

Vidensdatabasen indeholder, som skitseret i kapitel 1, tre dele med viden, der kan anvendes til beregninger i SØM:

- Effektviden
- Konsekvensestimater
- Prisestimater

Al viden i vidensdatabasen er afgrænset til en række målgrupper, der er foruddefineret i modellen. I den første version af modellen er det målgrupper for 18-65-årige socialt udsatte voksne og voksne med handicap. Målgrupperne er inspireret af temaerne i Socialstyrelsens Vidensportal.² De anvendte målgrupper i SØM og indholdet i vidensdatabasen er vist i Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Oversigt over indholdet i SØMs vidensdatabase

	Effektstudier	Konsekvenser	Priser
Udsatte voksne			
Hjemløse (18-65 år)	X	X	X
Mennesker med psykiske vanskeligheder	X	X	X
Mennesker med stofmisbrug	X	X	X
Mennesker med alkoholmisbrug	X	X	X
Mennesker med psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug	X	X	X
Voldsudsatte kvinder	X	X	X
Mennesker med senfølger efter seksuelle overgreb	X		
Voksne med handicap			
Mennesker med ADHD (18-65 år)	X	X	X
Mennesker med autisme (18-65 år)	X	X	X
Mennesker med udviklingshæmning (18-65 år)	X	X	X
Mennesker med erhvervet hjerneskade	X	X	X
Mennesker, der stammer	X		
Mennesker med mobilitetshjælpemidler	X		

Anm.: Nogle af grupperne har ikke kunnet afgrænses i registerdata, hvorfor der for disse målgrupper ikke findes oplysninger om konsekvenser og priser i vidensdatabasen. Ikke alle priser er differentieret på målgrupper, se bilag 5.

En nærmere beskrivelse af målgrupperne og dissers afgrænsning findes i Bilag 1.

I de næste afsnit beskrives vidensdatabasens indhold vedrørende henholdsvis effekter, konsekvenser og priser.

² www.vidensportal.dk

3.1 Effekter

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af den litteratursøgning, der ligger bag effektstudierne i SØMs vidensdatabase. Den indeholder viden fra eksisterende kvantitative studier om effekter af sociale indsatser for de målgrupper, der er foruddefineret i SØM.

Litteratursøgning

Da målgrupperne er bygget op om temaerne fra Vidensportalen har udgangspunktet for litteraturindsamlingen i første omgang været Vidensportals litteraturlister. Referencerne i de inkluderede studier fra Vidensportalen er også gennemgået. Gennemgangen er dog ikke foregået systematisk, hvorfor det fundne antal studier ikke kan opgøres nøjagtigt. Derudover er litteratursøgningen suppleret med ekstra litteratursøgninger med henblik på at øge antallet af skandinaviske studier, der vurderes at have størst relevans i en dansk kontekst.

Der er søgt efter supplerende litteratur følgende steder:

- Socialstyrelsen.se
- Kunnskapscenteret.no
- Evalueringsportalen.no/sok
- Pubmed, afgrænset geografisk til Danmark, Sweden og Norway
- Danbib.dk

Pubmed er medtaget, selv om den primært adresserer medicinsk litteratur. Dette skyldes både, at databasen er stor, og at den indeholder kvantitative studier inden for fx psykosociale indsatser. De studier, der er medtaget i vidensdatabasen, er udvalgt ud fra følgende relevanskriterier:

1. Der er målt kvantitative resultater for borgere efter deltagelse i en social indsats
2. Der er sammenlignet med enten en sammenligningsgruppe eller resultatmål før deltagelse.

Vi inddrager så vidt muligt beskæftigelsesrettede, sociale og psykosociale indsatser, men fx ikke rent medicinske indsatser. Resultaterne af gennemgangen af de forskellige kilder er opsummeret i Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Kilder og fundne studier

Kilde	Fundne studier	Inkluderet
Vidensportal	Ikke systematisk gennemgået, hvorfor det præcise antal ikke kan opgøres	79
Socialstyrelsen.se	10	0
Kunnskapscenteret.no	16	0
Evalueringsportalen.no/sok	9	0
Pubmed	496	4
Danbib.dk	1032	0

Når der er så få studier inkluderet fra de øvrige kilder ud over Vidensportalen, skyldes det, at der kun er meget få skandinaviske studier på området.

Bilag 2-4 indeholder en oversigt over de fundne studier i de svenske og norske kilder, Danbib og PubMed.

Information om effekter i vidensdatabasen

For hvert af de inkluderede studier har vi, om muligt, uddraget følgende informationer:

- Målgruppe
- Indsats
- Sammenligningsgruppe (enten ingen sammenligningsgruppe, sammenligning med "sædvanlig indsats" eller sammenligning med en specifik anden indsats)
- Studiedesign (kontrolgruppe med lodtrækning eller metaanalyse, hvor data og konklusioner fra flere studier samles i ét, kontrolgruppe uden lodtrækning, før-efter-måling uden kontrolgruppe)
- Land (Danmark, Skandinavien, Andre)
- Tidshorisont, som effekten er målt over efter endt indsats (< 1 år, 1-2 år, 2+ år)³
- Antal observationer (deltager- og kontrolgruppe⁴)
- Effektmål
- Effektstørrelse (se beskrivelse nedenfor)
- Signifikans af effekt
- Standardafvigelse på effektstørrelsen

Disse informationer kan tilgås direkte i vidensdatabasen, hvis de er oplyst i studierne. I studierne og dermed i vidensdatabasen opgøres effekterne i langt de fleste tilfælde efter højst to år.

For at opnå sammenlignelighed mellem studier med forskellige effektmål, er der beregnet en såkaldt effektstørrelse, hvis den ikke allerede er oplyst i studiet. Som mål for effektstørrelsen, anvender vi "Cohen's d": Effekten som andel af standardafvigelsen på effektmålet. Det angiver, om ændringen er stor eller lille i forhold til "den normale variation" på effektmålet. Bilag 7 beskriver, hvordan effektstørrelsen samt variansen på denne er beregnet.

Som eksempel kan tages en indsats for personer med psykiske vanskeligheder. Her kan der være målt effekter på mentalt helbred. De faktiske effekter kan derfor fx være en reduktion på 10 point på Beck's Inventory Depression (BDI) skala. I andre studier kan effekten af samme indsats være målt på andre skalaer for mentalt helbred eller antal psykiatriske indlæggelsesdage. De kan sammenlignes ved omregning til effektstørrelser.

3.2 Konsekvenser

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af, hvordan konsekvenserne i SØMs vidensdatabase beregnes.

I effektstudierne er der, som det blev gennemgået i forrige kapitel, typisk målt effekter af en indsats for borgeren i form af borgerens udbytte inden for det område, hvor indsatsen fandt sted. En grundlæggende præmis for SØM er, at det udbytte, borgeren har af indsatsen, kan have afledte økonomiske konsekvenser for de offentlige kasser.

³ Det har kun været muligt at opgøre efter endt indsats, selv om tidshorisonten fra indsatsstart ville være det optimale.

⁴ For review tages maksimum for givent outcome, og summen, hvis der er lavet metaanalyse.

EKSEMPEL

Et effektstudie af en indsats for borgere med psykiske lidelser har målt direkte effekter for borgeren på mentalt helbred. En forbedring af det mentale helbred kan fx have nogle afledte konsekvenser for de offentlige kasser i form af et ændret brug af sundhedsydelser eller højere beskæftigelsesgrad.

Den grundlæggende idé bag konsekvensestimaterne i SØM er at se på borgere, der er eller har været i en af de målgrupper, der er i modellen, jf. indledningen til dette kapitel. På den måde sikres det, at brugen af offentlige ydelser og services, som indgår i SØM-beregningen af afledte konsekvenser, faktisk vedrører personer, der er i målgruppen.

For at opgøre den mulige konsekvens af en succesfuld social indsats opdeles alle målgrupper i to adskilte grupper:

- en gruppe, der har opnået succes, og
- en gruppe, der ikke har opnået en succes.

For fx hjemløse vil en succesfuld indsats bestå i, at en gruppe borgere er kommet ud af hjemløshed, mens den gruppe borgere, der ikke har opnået succes, fortsat vil være hjemløse.

Denne "succes" ses som en approksimation for, at individerne har været i en succesfuld social indsats. Den mulige konsekvens af en succesfuld social indsats opgøres herefter som forskellen over tid af det forbrug, succesgruppen har og det forbrug, ikke-succesgruppen har (hvor der kontrolleres for sammensætningen af de to grupper og eventuel forskel i forbruget før inddelingen i succes- og ikke-succesgrupper).

Efterfølgende beskrives mere detaljeret, hvordan vi ved hjælp af registerdata opgør de afledte økonomiske konsekvenser af en given effekt for deltagerne i en social indsats. Beregningerne finder sted i tre trin:

1. Afgrænsning af målgrupperne
2. Opgørelse af en proxy for effekt for hver målgruppe
3. Estimation af sammenhæng mellem proxy og afledte konsekvenser for hver målgruppe

Vi beskriver i det følgende de forskellige trin og illustrerer det ved eksemplet med personer med psykiske lidelser.

3.2.1 Afgrænsning af målgrupper i registre

Vi har afgrænset målgrupperne i SØM ved brug af registerdata. En sådan afgrænsning har en række begrænsninger: Dels er mange målgrupper ikke entydigt defineret, og dels vil der for de fleste målgrupper være et stort mørketal; dvs. målgruppen består af flere borgere, end vi kan se i registerdata. Hvis afgrænsningen er repræsentativ for den samlede målgruppe er det ikke så vigtigt, hvorvidt hele målgruppen kan identificeres i registrene, fordi oplysninger om borgerne i registrene alene bliver brugt til beregninger af, hvor meget borgerne i gennemsnit trækker på forskellige offentlige ydelser og services (beregningerne bliver fx ikke brugt til at estimere målgruppens størrelse). Hvis målgruppen ikke er repræsentativ, fx hvis det er de dårligst stillede borgere, som ikke bliver registreret, vil denne gruppe ikke være med i beregningen af forbruget. Og hvis de dårligst stillede har et større forbrug, vil beregningen vise et for lavt forbrug for målgruppen som helhed.

En liste over målgrupperne ses i næste afsnit, og i bilag 1 er der en beskrivelse af de anvendte afgrænsninger.⁵

Gruppen af "Voksne med psykiske lidelser og stofmisbrug" er underopdelt i 2 henholdsvis 3 undergrupper. "Voksne med psykiske vanskeligheder" er underopdelt i "Voksne med psykiske vanskeligheder hhv. med og uden psykiatrisk sygehuskontakt", mens gruppen af "Voksne misbrugere" er underopdelt i "Voksne i substitutionsbehandling" samt "Voksne over henholdsvis under 25 år, der ikke er i substitutionsbehandling. Derved indgår der i alt 20 målgrupper i SØM.

Målgruppeafgrænsningen bliver foretaget fra 2005-06 og frem til 2015 hvis muligt, hvorved de afledte effekter for målgruppen kan følges i op til ni år, afhængig af hvornår borgeren blev inkluderet i målgruppen.⁶

EKSEMPEL

For borgere med psykiske lidelser afgrænser vi målgruppen ved hjælp af oplysninger om diagnoser fra somatiske og psykiatriske sygehuse (aktions- og bidiagnoser) eller mindst to besøg hos psykiater.

3.2.2 Register-proxy for kontrol- og indsatsgrupper

For at opgøre de afledte konsekvenser af den effekt indsatsen har på borgeren, opdeler vi hver målgruppe i to grupper, der kan sammenlignes over tid: Én gruppe, der har oplevet en forbedring på det direkte effektmål, og én der ikke har. Disse grupper kan også anses som en approksimation for henholdsvis indsats- og kontrolgruppe, hvor antagelsen er, at indsatsgruppen har oplevet en positiv effekt af en indsats, mens kontrolgruppen ikke har. Men det er vigtigt at understrege, at vi ikke ved noget om, hvorvidt borgerne rent faktisk har modtaget en indsats – der er altså alene tale om en approksimation som følge af, at det ikke på personniveau er registreret, hvem der har modtaget de indsatser, der kan være genstand for en beregning i SØM.

For de foruddefinerede målgrupper defineres en indikator for, om borgere i gruppen har oplevet en effekt. Ud fra indikatoren har vi opdelt målgruppen i to adskilte undergrupper, der repræsenterer henholdsvis succes- og ikke-succes-gruppen. I Tabel 3.3 findes en oversigt over hver målgruppes registraafgrænsning og indikatoren for forbedring. Opdelingen i de to undergrupper beholdes igennem hele estimationsperioden, så en borger kan ikke "skifte gruppe" undervejs.

I gruppen af udsatte voksne vil der typisk være tale om, at indikatoren angiver, at borgeren bevæger sig ud af registermålgruppen, fordi registermålgruppen er afgrænset ved modtagelse af en given ydelse. Fx for hjemløse består målgruppen af personer, der har brugt forsorg og herberg i et givent år, mens der sker en forbedring, hvis de ikke bruger forsorg og herberg året efter (forudsat at de stadig er i Danmark, ikke er døde, og at ophøret ikke skyldes frihedsberøvelse i form af fængsel). I terminologien med indsats- og kontrolgruppe består kontrolgruppen dermed af dem, der også er hjemløse året efter, og indsatsgruppen består af dem, der ikke er det.

⁵ Der er relevante målgrupper, der ikke kan afgrænses i registrene, eller grupper der er for små eller specielle til at det giver mening. Som eksempel kan vi ikke afgrænse personer der prostituerer sig eller personer, der stammer, fordi det ikke registreres i danske registre. Et andet eksempel er borgere med sjældne handicap, som enten er for heterogen eller for lille til at det giver mening at afgrænse i registrene, da der bliver for få borgere i gruppen i forhold til de videre beregninger.

⁶ Der er forskel på, hvor mange år der er data for de forskellige målgrupper og konsekvenser. Det betyder, at antallet af år, hvor der kan estimeres konsekvenser ligger imellem 4 og 9.

EKSEMPEL

For personer med psykisk lidelse er målgruppen borgere med psykiatriske diagnoser, eller som har været henvist til psykiater og haft mindst to kontakter i året. Her sammenlignes borgere i målgruppen, der i kalenderåret efter har en psykiatrisk indlæggelse, med borgere, der ikke har.

Tilgangen med at indikatoren angiver, om man er i målgruppen eller ej, er ikke mulig for borgere med handicap, som typisk vil være i målgruppen mere permanent. For handicapmålgrupperne anvender vi derfor ændringer i tilknytning til arbejdsmarkedet som indikator for forbedret tilstand. Det vil ikke være en god indikator for succes for alle i gruppen, da en del borgere i handicapmålgrupperne ikke vil være i stand til at få en arbejdsmarkedstilknytning. Imidlertid er det en effekt, der ofte adresseres i studier af indsatsen for målgrupperne med handicap. Et supplement til denne indikator kunne i en senere version af SØM fx være ændringer i brug af sundhedsydelser.

Tablet 3.3 Liste over register-indsatsgruppe

Målgruppe	Kilde	Registermålgruppe	Indikator for indsatsgruppen (kalenderåret efter)
Handicap			
Voksne med udviklingshæmning	Landspatientregistret (LPR)	Downs syndrom eller mentalt retarderet	Forbedret tilknytning til arbejdsmarkedet
Mennesker med ADHD (voksne)	LPR	Diagnoser for ADHD, ADD (F90 og F98.8c i ICD-10 klassifikationen)	Forbedret tilknytning til arbejdsmarkedet
Mennesker med autisme (voksne)	LPR	Diagnose F84 i ICD-10	Forbedret tilknytning til arbejdsmarkedet
Voksne med erhvervet hjerneskade	LPR	En række diagnoser, der indikerer hjerneskade, se Bilag 1.	Forbedret tilknytning til arbejdsmarkedet
Udsatte voksne			
Mennesker som er ramt af hjemløshed	Ankestyrelsen	Anvendelse af §110: Forsorg og herberg	Ikke §110
Mennesker med psykiske vanskeligheder	Sygesikringsregistret (SSY), LPR, Det psykiatriske centralregister (PCR)	Psykiatrisk diagnose i LPR i forbindelse med somatisk indlæggelse eller 2 ambulante behandlinger, 2 besøg hos psykiater eller psykiatrisk indlæggelse	1. Ikke psykiatrisk indlæggelse og 2. Ikke psykiatrisk diagnose i LPR eller besøg hos psykiater
Mennesker med stofmisbrug	Registret Stofmisbrugere i Behandling (SIB)	Borgere i stofmisbrugsbehandling	Afsluttet misbrugsbehandling med status "Færdigbehandlet"
Psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug	SSY, LPR, PCR, SIB	Samtidig psykiatrisk behandling og behandling for stofmisbrug	Afsluttet misbrugsbehandling med status "Færdigbehandlet" og ingen kontakt til psykiatrisk afdeling
Socialt udsatte mennesker med alkoholmisbrug	Det nationale alkoholbehandlingsregister (NAB), LPR	Borgere i alkoholbehandling og alkoholrelateret diagnose	Afsluttet misbrugsbehandling med status "Færdigbehandlet"
Voldsudsatte kvinder	LPR, Kriminalretslige afgørelse, ofre for kriminalitet	Ofre for mishandling fra ægtefælle, partner eller bekendt med afgrænsning til kriminalitet inden for vold og tvang, se bilag 1	Ingen kontakt til psykiater eller psykolog

Anm.: Anvendte forkortelser for registre er skrevet ud, første gang de anvendes i tabellen, men er af pladshensyn forkortet i resten af tabellen.

3.2.3 Liste over afledte konsekvenser

For alle målgrupperne arbejder vi med en fast liste af afledte konsekvenser, der påvirker de offentlige budgetter (udgift eller indtægt). Konsekvenser er ikke opgjort i kroner og ører, men i hvor meget individerne har anvendt en bestemt ydelse i estimationsperioden. I visse tilfælde indeholder de tilgængelige data alene oplysninger om, hvorvidt borgeren har anvendt ydelsen eller ej og altså ikke omfanget af anvendelsen.

For at opgøre budgetværdien af konsekvenserne multipliceres de med en pris og dermed fås de økonomiske konsekvenser. Opgørelse af priser beskrives i næste kapitel. Listen af konsekvenser er angivet i Tabel 3.4. Det bør bemærkes, at dette alene er en liste, der er relevant for voksenområdet, hvilket betyder, at ved en fremtidig udvidelse af SØM med børne- og ungeområdet skal listen udvides.

Tabel 3.4 Liste over konsekvenser, opdelt på område og aktivitet

Område	Aktivitet	Kilde
Overførsler	SU	DREAM ¹
	Kontanthjælp	DREAM
	Førtidspension	DREAM
	Uddannelseshjælp	DREAM
	Andre overførsler	DREAM
Beskæftigelse	Beskæftigelsesgrad	DREAM
Sundhed	Sygesikringskontakter	Sygesikringsregistret
	Somatisk sygehusindlæggelse	Landspatientregistret
	Somatisk ambulante besøg	Landspatientregistret
	Psykiatrisk sygehusindlæggelse	Det Psykiatriske Centralregister
	Psykiatrisk ambulante besøg	Det Psykiatriske Centralregister
	Alkoholbehandling	Nationale alkoholbehandlingsregister
Kriminalitet	Fængselsdage	Kriminalitetsregistret
	Dom for volds- og sædelighedsforbrydelser	Kriminalitetsregistret
	Dom for Indbrud, tyveri og hærværk	Kriminalitetsregistret
	Dom for Færdselsloven og andre særlove	Kriminalitetsregistret
Uddannelse	Under uddannelse (Ungdomsuddannelse eller Videregående uddannelse)	Uddannelsesregistret
Sociale service-ydelser	Forsorgshjem og herberg	Bofomsstatistikken
	Stofmisbrugsbehandling	Register over Stofmisbrugere i behandling
	Midlertidige botilbud	Registeret over handicapydelse
	Længerevarende botilbud	Registeret over handicapydelse
	Soc.pæd. støtte i botilbudslign. almene boliger	Registeret over handicapydelse
	Soc.pæd. støtte i eget hjem	Registeret over handicapydelse
	Tilskud til pers. og prak. Hjælp	Registeret over handicapydelse
	Handicaphjælperordning	Registeret over handicapydelse
	Ledsagerordning og kontaktperson for døvblinde	Registeret over handicapydelse
	Beskyttet besk. eller aktivitets- og samværstilbud	Registeret over handicapydelse

Note: 1) Styrelsen for Arbejdsmarked- og Rekrutterings forløbsdatabase.

For alle målgrupper estimeres derudover også konsekvensen på dødelighed. Denne prissættes dog ikke, da modellens økonomiske beregninger alene indeholder de budgetøkonomiske konsekvenser.

For beskæftigelse inkluderes al beskæftigelse, hvor der udbetales arbejdsmarkedsbidrag, dvs. også fx fleksjob, voksenlærling og løntilskud, også selv om borgeren eventuelt i samme uge modtager overførselsindkomst, fx som supplerende ydelse.

For psykiatrisk sygehusbenyttelse har vi ikke adgang til data for antal sengedage og ambulante besøg, men kun for månedlige kontakter. Derfor opgøres konsekvenserne som antal behandlingsforløb, hvor vi efterfølgende ganger med det gennemsnitlige antal sengedage og ambulante besøg pr. indlæggelse og ambulante behandlingsforløb. Gennemsnittene er opgjort af danske regioner i 2014.⁷

Sociale serviceydelser ud over misbrugsbehandling samt herberg og forsorgshjem opgøres på baggrund af tilhørende paragraf i serviceloven. Registeroplysninger er fra Registeret over handicap-ydelser, der kun er tilgængeligt i 2013-2015. På tidspunktet for analysens udførelse var data indsamlet for maksimalt 47 kommuner. Et tidligere VIVE-projekt belyser også indirekte kvaliteten af disse data ved at sammenholde registreringerne, der er indberettet til Danmarks Statistik med otte kommuners egne registreringer. Resultaterne viser, at disse ikke stemmer overens, når det gælder opdelingen på bostøtte i eget hjem og i støttet bolig og botilbud (§ 85, 86, 107 og 108).

For alle sociale serviceydelser efter serviceloven gælder det, at antal tildelte timer ikke er registreret. Derfor kan vi kun se, om borgeren får eller ikke får en ydelse, mens data ikke viser, om der eventuelt sker en gradvis aftrapning af støtten (eller det omvendte). Ved en konsekvens af denne type må brugeren derfor selv indtaste en formodet ned- eller optrapning af brugen af støtte i modellen. Dette kan eventuelt ske ved at ned- eller opskrive konsekvenserne med en fast procentdel.

3.2.4 Sammenhænge mellem direkte effekter og aktiviteter

Ideelt set burde listen over afledte konsekvenser bestå af alle aktiviteter, hvor der er en sammenhæng mellem den direkte effekt og de enkelte konsekvensområder for en given målgruppe. Det er dog ikke muligt at teste for samtlige sammenhænge mellem mulige effekter af sociale indsatser og afledte konsekvenser på grund af manglende data. For eksempel ved vi ikke, hvad sammenhængen er imellem ændringer på en skala for symptomer på psykiske lidelser og brugen af sundhedsydelser. Derimod kan vi statistisk teste, om der er en sammenhæng mellem de anvendte indikatorer for målgrupper og konsekvenserne. Vi inkluderer alene sammenhængen i konsekvenserne i modellen, hvis denne sammenhæng er signifikant.⁸ Hvis brugeren har et andet bud på sammenhængen, kan dette indgå i modellen.

For at estimere disse sammenhænge følger vi borgerne i den registerafgrænsede målgruppe over tid og estimerer, hvorvidt indikatoren for forbedret situation (altså om borgeren er i succes- eller ikke-succesgruppen) i hvert estimationsår har en sammenhæng med hver af konsekvenserne listet i Tabel 3.4. Rent teknisk udføres dette ved regressionsanalyser med anvendelsen af de forskellige ydelser og services som afhængig variabel og indikatorvariablen som forklarende variabel, med kontrol for et generisk sæt af kontrolvariabler, herunder anvendelsen af ydelsen i det initiale år, hvor tilhørsforholdet til målgruppen afgøres. Detaljerne herfor er beskrevet yderligere i Bilag 8.

⁷ Tabel 4.4a og 4.6a i <http://www.regioner.dk/media/1470/benchmarking-2014.pdf>

⁸ Vi tager højde for, at der estimeres flere sammenhænge for hver aktivitet ved at anvende en Bonferroni-korrektion af 5 %-signifikansniveauet. Denne korrektion betyder, at hvor der normalt er anvendt et 5 %-signifikansniveau, så anvender vi i stedet et signifikansniveau, der er på $0,05 / 8 = 0,625$ %.

EKSEMPEL

For borgere med psykisk lidelse findes fx konsekvenserne mht. brug af praktiserende læge ved at estimere en regressionsligning, hvor der kontrolleres for baggrundsvARIABLE. I denne regressionsligning er antallet af kontakter til praktiserende læge den afhængige variabel, og kontrolvariable (køn, alder, etnicitet, uddannelsesniveau, initial tilknytning til arbejdsmarkedet) samt indikatorvariablen for, om borgeren er i succesgruppen eller i ikke-succesgruppen, er de uafhængige variable. Endelig indgår antallet af kontakter til praktiserende læge i året inden opdelingen i succes- og ikke-succesgrupperne som kontrolvariabel.

Regressionen gentages for hvert år, hvor der haves data for den afhængige variabel og indikatoren.

Målgruppeafgrænsningen i registerdata er så vidt muligt foretaget fra 2005 og frem. Ikke alle registre går dog så langt tilbage i tid, at det er muligt. For alle aktiviteter ekstrapolerer vi en eventuel funden sammenhæng til 20 år efter indsatsens afslutning ved en simpel lineær ekstrapolation fra en eventuel sammenhæng i sidste tilgængelige år til nul i år 20. Det betyder, at hvis den estimerede konsekvenssammenhæng viser, at sammenhængen er nul fx allerede efter tre år, og der er data over 8 år, sættes sammenhængen også i årene fra 9-20 til nul. Hvis der derimod er et statistisk signifikant estimat i år 8, vil dette estimat blive lineært aftrappet frem til år 20.⁹

Som nævnt ovenfor kontrolleres generelt for evt. forskelle i forbruget af de forskellige ydelser mellem succes- og ikke-succesgruppen i det år, hvor målgruppen defineres. Denne variabel indgår i regression for alle estimationsår og skal opfange evt. systematiske forskelle i forbruget af de forskellige ydelser imellem succes- og ikke-succesgrupperne.

Generelt foretages estimationerne efter følgende princip:

År 0: Målgruppen bestemmes, og initialt forbrug bestemmes

År 1: Opdeling i succes- og ikke-succes-gruppe på baggrund af indikator for succesfuld indsats

År 2-N: Estimation af konsekvenser ud fra regressioner.

Bogstavet N angiver her, at der er forskel på, hvor mange år der kan estimeres konsekvenser for.

Grunden til, at denne model anvendes, er, at det er vigtigt for estimationerne, at både målingen af forbruget i udgangspunktet og estimationen af konsekvenser er adskilt i tid fra opdelingen i succes- og ikke-succesgrupperne. Det skyldes, at der ved opdelingen i de to grupper i visse tilfælde benyttes nogle af de variable, der også bruges som konsekvenser i modellen. Dette er fx tilfældet for hjemløse og mennesker med psykisk sygdom, hvor inddelingen sker ved at se på henholdsvis forbruget af herberg/forsorg og psykiatrisk behandling. Hvis året, hvor denne inddeling sker, ikke adskilles fra initialforbruget og estimationsårene, vil inddelingskriteriet føre til en "kunstig" lav værdi af forbruget i det år, hvor inddelingen sker.¹⁰

Den skitserede metode forudsætter imidlertid, at der er data for forbruget for henholdsvis indsats- og kontrolgruppen tilbage i tiden, typisk 6-10 år, hvilket ikke er tilfældet for de sociale serviceydelser efter serviceloven, hvor der kun findes brugbare data for 2013-2015.

⁹ Vi har forsøgt brug af andre ekstrapolationsmetoder, og resultaterne er følsomme over for den anvendte metode. Derfor foretrækker vi den simple løsning med lineær ekstrapolation, der er nemmere at formidle end mere tekniske løsninger.

¹⁰ I forbindelse med udviklingen af SØM har andre tidsprofiler for opgørelsen af initialt forbrug, opdelingen i undergrupperne og estimationsårene, været afprøvet. Vi vurderer imidlertid, at disse øvrige tidsprofiler ikke resulterer i troværdige estimater for konsekvenserne.

Derfor er der for sociale serviceydelser efter serviceloven kun oplysninger om udgifterne for indsats- og kontrolgrupperne:

- Et år tilbage i tid for målgrupperne: ADHD, Hjemløse, Hjerneskadede, Udviklingshæmning, Voldsramte kvinder og Autisme.
- For de øvrige målgrupper er der slet ikke oplysninger om udgifterne i udgangsåret.

For de sociale serviceydelser efter serviceloven er det således ikke muligt at kontrollere for forbruget af de forskellige ydelser i udgangsåret. Dette betyder, at estimerne for disse konsekvenser er forbundet med større usikkerhed og har en tendens til at være overvurderede i forhold til de øvrige konsekvenser, men det er ikke vores vurdering, at usikkerheden herved er så stor, at det bør afholde brugerne fra at anvende estimerne. Med tiden vil man kunne estimere de sociale serviceydelser på samme måde som de øvrige konsekvenser.

3.2.5 Endelig opgørelse af økonomisk konsekvens

For at opgøre de budgetøkonomiske konsekvenser af effekten af en indsats kobler vi følgende oplysninger sammen:

- Succesraten for en social indsats.
- Konsekvenser for forbrug af offentlige ydelser og services.
- Pris for de aktiviteter, der måles konsekvenser for.

Hvert af disse tre elementer er nødvendige for at gennemføre en beregning af den økonomiske konsekvens. I alle tre tilfælde kan man som bruger få inspiration til valget i SØMs vidensdatabase, men det er også muligt for brugeren at indtaste sine egne værdier, hvis det ønskes. Uanset hvad der vælges, er de beregningsmæssige forudsætninger brugerens ansvar og valg.

Som nævnt tidligere multipliceres de fundne konsekvenser med (enheds-) priser for hvert område, så der kan opgøres en økonomisk konsekvens. Den herved fundne økonomiske konsekvens er således et estimat for et succesfuldt resultat af en social indsats, hvilket ikke kan forventes for alle deltagere i indsatsen. For at opnå den samlede økonomiske konsekvens multipliceres derfor med indsatsens succesrate, dvs. med andelen af deltagerne, der opnår et succesfuldt resultat.

Beregningerne er beskrevet mere teknisk i bilag 7.

3.3 Priser

Dette afsnit beskriver principperne for indsamling og beregning af priserne for konsekvenserne i vidensdatabase; hvilke priser der er indsamlet, og hvordan priserne er opgjort.

Priserne indgår i SØMs vidensdatabase. Som nævnt ovenfor anvendes priserne i udregningerne af de økonomiske konsekvenser, idet de afledte effekter i de fleste tilfælde opgøres i antal (fx antal lægebesøg, antal uger på offentlig forsørgelse, antal dage tilbragt på herberg). For at opgøre den økonomiske konsekvens i kroner og ører skal disse antalsvariable multipliceres med prisen for den pågældende aktivitet.

I dette afsnit vil principperne for opgørelsen af priserne blive beskrevet. I Bilag 5 vises en samlet oversigt over de priser, der indgår i beregningerne i modellen, inklusive deres kilder, kort beskrivelse

af beregning, og hvorvidt de er beregnet målgruppespecifikt. I Bilag 6 findes en mere teknisk forklaring for alle priserne.

Hvad er en pris i SØM?

Priserne i SØM anvendes til at afspejle den omkostning, det offentlige har ved forskellige aktiviteter. For eksempel skal en pris afspejle, hvad stofmisbrugsbehandling koster, mens en anden pris skal opgøres for, hvad det koster, når hjemløse benytter et herberg. Af praktiske årsager er priserne opgjort som gennemsnitsomkostninger¹¹.

Inden vi gennemgår de indsamlede oplysninger om priser, vil vi kort skitsere kravene til en god pris til anvendelse i SØM:

1. Prisen skal dække omkostningen ved, at en borger får en bestemt ydelse eller offentlig service. Den må således ikke være "forurennet" af også at finansiere andre ydelser helt eller delvist.
2. Så vidt muligt skal alle omkostninger ved den pågældende indsats være inkluderet, dvs. også administration, sagsbehandling og andre overheadomkostninger.
3. Prisen skal kunne fordeles på offentlige aktører.

I de tilfælde, hvor priserne er beregnet ud fra registerdata, er spredningen på tværs af målgrupperne undersøgt og i de tilfælde, hvor det er vurderet meningsfyldt, er priserne opgjort målgruppespecifikt.

Kilder benyttet ved indsamlingen af priser

Indsamlingen er delvist baseret på eksisterende opgørelser af priser fra forskellige kilder og delvist på VIVEs egne beregninger på baggrund af registeroplysninger. En præcisering af kilderne for de enkelte priser findes i Bilag 5.

Følgende fem hovedkilder er anvendt:

- Socialpolitisk Redegørelse 2017
- VIVEs enhedspriser på det specialiserede socialområde (Lemvigh, 2017)
- Rambølls rapport "Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge" fra 2012
- VIVEs registerberegninger på sundheds- og beskæftigelsesområdet
- VIVEs registerberegninger vha. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings data for udbetaling af overførselsindkomster (Jobinvestering, KORA, 2017).

Disse kilder er udvalgt, fordi de repræsenterer grundige beregninger af priser på de områder, de hver især dækker.

Beregningerne af priser på sundheds- og beskæftigelsesområdet, som er beregnet målgruppespecifikt, er direkte beregnet fra registeroplysninger. Se Bilag 6 for tekniske oplysninger for disse beregninger. Priserne for de sociale serviceydelse på det specialiserede voksenområde samt indkomstoverførsler er beregnet ud fra de samme principper som i eksisterende opgørelser (bl.a. Lemvigh, 2017). Dog er opdelingen i aktiviteter i SØM lidt anderledes end opdelingen i Lemvigh (2017). Derfor har vi, ud fra registeroplysninger, genberegnet priserne opdelt på de kategorier af aktiviteter,

¹¹ Man kan argumentere for, at en marginal omkostning bedre vil dække den mulige gevinst ved sociale indsatser, idet det formentlig er "marginale" individer, der vil blive hjulpet ved indsatsen, ligesom evt. faste omkostninger ikke nødvendigvis falder, selv om nogle personer hjælpes ud af et problem. Desværre er det svært at opgøre de marginale omkostninger, da de fleste opgjorte omkostninger tager udgangspunkt i en samlet udgift, der divideres med det samlede antal udførte ydelser.

som indgår i SØM. Disse beregninger er ikke opgjort målgruppespecifikt, da der ville indgå for få observationer i hver kategori.

Alle priser er omregnet til 2017-niveau ved hjælp af pris- og lønindeks for service på det kommunale område. Se Bilag 5 for de præcise deflatorer.

Anvendelse i modellen

Ud af den samlede liste af priser i vidensdatabasen indgår en delmængde i beregningerne i modellen. Det drejer sig om de priser, der ækvivalerer de valgte mål for økonomiske konsekvenser, som indgår i modellen. At der er beregnet flere priser, end der indgår i beregningerne, giver mulighed for, at brugeren vælger andre priser, end dem som indgår i modellen som udgangspunkt.

I det følgende beskrives, hvordan modellens priser er opgjort inden for fire hovedområder: social, kriminalitet, sundhed og arbejdsmarked. Flere detaljer kan findes i Bilag 5.

3.3.1 Sociale serviceydelser

Priserne på sociale serviceydelser er hovedsageligt taget fra VIVEs (tidligere KORA) opgjorte enhedspriser (KORA, 2017), som tager afsæt i enhedsudgifter på forskellige områder. Priserne for "Forsorgshjem og Herberger" samt "Alkohol- og stofmisbrug" er dog fra Socialpolitisk Redegørelse (2017), mens prisen på ophold på kvindekrisecentre er taget fra "Voldens Pris" (2010). Disse kilder beskrives i Bilag 6.

Følgende områder er inkluderet i SØM:

- Boformer
 - Midlertidige botilbud (§ 107) og
 - Længerevarende botilbud (§ 108).
- Diverse hjælpeordninger
 - Handicaphjælperordning (§ 96)
 - Ledsagerordning og kontaktperson for døvblinde, støttepersoner (§§ 97-99)
 - Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud efter Almenboligloven § 105 (§ 85)
 - Socialpædagogisk støtte i borgerens eget (private) hjem (§ 85)
 - Tilskud til personlig og praktisk hjælp (§ 95).
- Andre
 - Forsorgshjem og Herberger (§ 110)
 - Beskyttet beskæftigelse (§ 103) eller aktivitets- og samværstilbud (§ 104)
 - Kvindekrisecentre (§ 109)
 - Alkoholbehandling § 141 i sundhedsloven
 - Stofmisbrugsbehandling (dagbehandling) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven
 - Stofmisbrugsbehandling (døgn) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven.

Priserne, der er opgjort i Lemvigh (2017) samt i Socialpolitisk redegørelse (2017), angiver driftsudgifterne til en given social foranstaltning. Enhedsudgiften udtrykker således, hvad det i gennemsnit koster på landsplan at have fx en voksen i et midlertidigt botilbud et år. Enhedsudgifterne er opgjort ved at sammenholde de årlige driftsudgifter til en given foranstaltning med antallet af helårspersoner, der har modtaget foranstaltningen i løbet af året. I de tilfælde, hvor kommunerne modtager

statsrefusion af et vist omfang, er enhedsprisen på området efterfølgende fordelt ud mellem kommunerne og staten. Se nærmere herom i afsnit 3.3.6 om refusion.

Antallet af helårspersoner er opgjort på baggrund af oplysninger fra en række forskellige registre (individdata), herunder registre fra Danmarks Statistik, Socialstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, om modtagere af sociale foranstaltninger (2014-tal). Registerne indeholder bl.a. individoplysninger om start- og slutdato, som anvendes til at optælle antallet af uger, hvor en given ydelse er blevet modtaget i løbet af et år.

Driftsudgifterne, som anvendes i beregningen af enhedspriser, er opgjort ved først at tage de samlede offentlige driftsudgifter til en given indsats, dvs. før statsrefusion til kommunerne (dranst 1 i kommunernes regnskaber). Indtægter fra eventuel egenbetaling (grp. 092) er modregnet. Driftsudgifterne omfatter både direkte driftsudgifter samt foranstaltningens anslåede andel af udgifter, der ikke kan henføres til specifikke indsatser, dvs. ledelse og administration (grp. 200) samt uautoriserede grupperinger på funktionen.¹² Foranstaltningens anslåede andel af udgifterne beregnes som den andel, som udgiften til foranstaltningen udgør af de samlede udgifter på funktionen. Driftsudgifterne bygger på oplysninger fra kommunernes regnskaber (2014-tal), idet aktivitetsdata for området kun dækker til og med 2014. Priserne opgøres *uden* udgifter til sagsbehandling, som registreres på hovedkonto 6. I SØM tillægges derfor en overheadprocent (jf. afsnit 3.3.6.). Efterfølgende ses på omfanget af statsrefusion (dranst 2 i kommunernes regnskaber) og på den baggrund fordeles enhedsudgiften ud mellem kommunerne og staten. For uddybning heraf se afsnit 3.3.6 om refusion.

Enhedsudgifterne på det specialiserede socialområde i Lemvig (2017) er beregnet ud fra udgifts- og aktivitetsdata for de 47 kommuner, der har indberettet og godkendt aktivitetsdata på området.¹³

3.3.2 Kriminalitet

Priserne for forskellige former for kriminalitet stammer fra Rambølls rapport (2012), hvor udgifter som følge af domme og frihedsberøvelse er opgjort for følgende kategorier:

- Fængsel (gennemsnitlige pris pr. fængselsdag på tværs af alle typer pladser)
- Volds- og sædelighedsforbrydelser
 - Indeholder de alvorligste former for kriminalitet. Den dækker fx over alle typer voldssager, drabsforsøg, voldtægt. Endvidere dækker kategorien over andre sædelighedsforbrydelser, overtrædelse af våbenloven samt loven om euforiserende stoffer.
- Indbrud, tyveri og hærværk
 - Dækker over alle former for indbrud, tyveri og hærværk.
- Færdselsloven og andre særlove
 - Indeholder den mildeste form for kriminalitet. Den indeholder overtrædelser af færdselsloven og andre særlove, som fx brandlovgivningen, fyrværkerilovgivningen samt falske anklager.

Yderligere beskrivelser findes i Bilag 5 og 6.

¹² Væsentligheden af udgifter registreret på disse grupperinger varierer mellem kommuner. I de regnskabsdata, som kommunerne leverer til Danmarks Statistik, fremgår disse kommunespecifikke grupperinger som 'uautoriserede grupperinger' 999. Uautoriserede grupperinger under en given funktion i regnskabet kan derfor tilhøre en hvilken som helst af funktionens underliggende grupperinger i større eller mindre grad, som ikke kan bestemmes uden at kende det konkrete regnskabssystem i den pågældende kommune.

¹³ For ydelserne 'midlertidigt botilbud' og 'socialpædagogisk støtte i eget hjem' er priserne kun beregnet ud fra data fra 46 kommuner, da følsomhedsberegninger har vist, at hvis den sidste kommune medtages, så påvirker det prisen i en betydelig grad til et niveau, der ikke svarer til niveauet i andre undersøgelser (Lemvig, 2017).

3.3.3 Sundhedsydelse

På sundhedsområdet anvender vi DRG- og DAGS-takster for sygehusanvendelse samt bruttohonorarer (dvs. fratrukket evt. patientbetaling) fra sygesikringen for kontakter til egen læge og speciallæger (herunder kiropraktik, fysioterapi, tandlæge mv.).¹⁴ Der er brugt registeroplysninger til at beregne gennemsnitlige priser for hver målgruppe.

I modsætning til social- og kriminalitetsområdet, hvor vi anvender priser opgjort på baggrund af alle brugere, er det muligt at opgøre en pris for sundhedsydelse for de specifikke målgrupper i SØM. Vi har derfor beregnet gennemsnitlige DRG-, DAGS-, og sygesikringshonorarer for hver målgruppe og opdelt på, om brugerne er over eller under 45 år.

Yderligere beskrivelser findes i Bilag 5 og 6.

3.3.4 Arbejdsmarked

Vi har samlet en række priser, som er relateret til borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet. Det drejer sig om priser for indkomstoverførsler, udgifter til beskæftigelsesaktivering samt skat af overførselsindkomst og lønindkomst.

Opgørelser af modtagelse af overførselsindkomst, beskæftigelsesindsats og beskæftigelse er opgjort på baggrund af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings forløbsdatabase, DREAM. Disse data indeholder ugentlige markeringer af overførselsindkomst og beskæftigelsesindsats samt månedlige markeringer af beskæftigelse.

3.3.4.1 Overførselsindkomst

Vi anvender priserne for overførselsindkomst fra VIVEs model udviklet til Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, Jobinvestering (KORA, 2017). I denne model er der beregnet priser på baggrund af individdata for de faktisk udbetalte overførselsindkomster for udvalgte hovedgrupper af ydelser. Det er således gennemsnit af ydelser for fx kontanthjælpsmodtagere over de forskellige satser, der findes på tværs af parstatus, forsørgerstatus og alder.¹⁵ Det er alene indkomsterstatende ydelser, der indgår, mens supplerende ydelser, som midlertidig økonomisk hjælp, børneydelser eller boligtilskud, ikke er medtaget.

En række ydelser med få modtagere indgår ikke i Jobinvestering (KORA, 2017). For disse ydelser har vi tildelt den pris, der bedst approksimerer ydelsens niveau (se Bilag 6).

I Jobinvestering (KORA, 2017) er kontanthjælp opdelt i to aldersgrupper (over og under 30 år). I SØM har vi beregnet kontanthjælpssatsen til én pris som et vægtet gennemsnit ud fra, hvor mange over og under 30, der har fået kontanthjælp på et år.

Vi har samlet ydelserne i fem kategorier: SU, Førtidspension, Kontanthjælp, Uddannelseshjælp og øvrige overførselsindkomster (Dagpenge, Sygedagpenge, Ledighedsydelse mv.). Kategorien "øvrige overførselsindkomster" har fået tildelt en pris beregnet som et vægtet gennemsnit af de respektive enhedspriser.

Som det er tilfældet for sundhedsydelse, er priserne på beskæftigelsesområdet opgjort målgruppespecifikt. De specifikke DREAM-koder for hver af de fem kategorier findes i Bilag 6.

¹⁴ DRG står for diagnoserelaterede grupper og er et redskab, der bruges til at analysere omkostninger og aktiviteter på landets sygehuse. DAGS står for Dansk ambulansetjenestereguleringssystem og anvendes til registrering og opgørelse af ambulante behandlinger.

¹⁵ Se <http://bm.dk/da/Satser%20for%202017/Satser%20for%202016.aspx>

3.3.4.2 Beskæftigelsesindsats

Der anvendes tre hovedtyper af beskæftigelsesindsatser i beskæftigelseslovgivningen: Vejledning og opkvalificering, virksomhedspraktik og løntilskud (Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats, kapitel 10-12). Kommunernes udgifter er primært forbundet med brug af vejledning og opkvalificering, da ledige modtager ydelser under virksomhedspraktik, og kommuner udbetaler støtte til virksomhed, der ansætter ledige i løntilskud, der ofte modsvarer ydelsen. Der er derfor ikke markante direkte driftsomkostninger forbundet med brugen af disse tilbud. På den baggrund er det alene vejledning og opkvalificering, der indgår som en selvstændig konsekvens i SØM. Prisen for vejledning og opkvalificering er opgjort pr. uge og stammer fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings interne årlige opgørelse, som er opgjort på baggrund af kommunale data for udgifter til vejledning og opkvalificering divideret med antal uger i tilbud.

3.3.4.3 Skat

Skatten af overførselsindkomst og beskæftigelse er beregnet vha. gennemsnitlige kommune- og kirkeskattesatser, samt skattesatser for bund- og topskat (som er nationale) – alle i 2017. Skattebetalingerne er således beregnet ud fra registeroplysninger om modtaget årlig overførselsindkomst og lønindkomst.¹⁶ Den gennemsnitlige lønindkomst for borgerne i en målgruppe er opgjort via indkomstregistret. Skatteberegningerne er således stilistiske, hvor der ses bort fra fx særlige fradrag og kapitalindkomst.

3.3.5 Overhead

Priserne i SØM bør – som beskrevet indledningsvist i kapitlet – indeholde alle relevante omkostninger inklusive administration, sagsbehandling osv. Da en række af priserne i udgangspunktet kun indeholder driftsudgifterne i forbindelse med ydelserne (fx på det sociale område), er det ønskeligt at tillægge et "overhead". Det er yderst vanskeligt at vurdere, hvad en sådan overheadsats er, da det netop sjældent opgøres.

Overheadsatsen anvendt i SØM er beregnet på baggrund af oplysninger om udgifterne på det sociale område fra Københavns Kommune i 2014. Disse udgifter dækker over 95 % af de samlede udgifter og indeholder således også hovedparten af udgifterne til centraladministration, sagsbehandling mv. Når driftsudgifterne trækkes fra de samlede udgifter vil "resten" være et rimeligt estimat på udgiften til overhead. Denne udgift sat i forhold til de samlede udgifter giver estimatet på overheadsatsen.

Den beregnede overheadsats, som benyttes i SØM, er 3,65 % på enhedsudgifter til sociale serviceydelser. Denne sats kan umiddelbart forekomme lav, men det skal bemærkes, at fx husleje og administration, der kan henføres direkte til en aktivitet, er inkluderet i driftsudgifterne (fx vil alle udgifter til drift af et bosted inkl. administration og husleje være indregnet i driftsudgifterne, mens udgifter til sagsbehandling og henvisning ikke er inkluderet og derfor bør tillægges i form af overheadsatsen). I Bilag 5 ses, hvilke priser overheadsatsen er tillagt.

3.3.6 Fordeling mellem stat, kommune og region

De beregnede priser er totalpriser. På de ydelser, hvor der er en lovgivningsbestemt refusionsats, har vi fordelt prisen mellem stat, region og kommune herefter.

For overførselsindkomster for ledige er fordelingen i SØM fastsat til en statsrefusion på 20 %, og de 80 % finansieres af kommunen. Ifølge lovgivningen på området afhænger refusionsprocenten af,

¹⁶ Kilde: www.skm.dk/skattetal/statistik/tidsserieoversigt.

hvor længe en borger har modtaget overførselsindkomst. Efter 52 uger er statsrefusionen nedtrappet til 20 %. Statsrefusionen i priserne er derfor fastsat til 20 %, da borgerne i SØMs målgrupper vurderes at have relativt svag tilknytning til arbejdsmarkedet.

På det sociale område er der lovgivningsbestemt en fast statsrefusion på 50 % for herberg- og forsorgshjem, hvorfor prisen i SØM er fordelt ligeligt mellem stat og kommune. For de øvrige priser på det sociale område (kvindekrisecentre og alkoholbehandling undtaget) er der refusion i tilfælde af særligt dyre enkeltsager. For disse priser har vi fordelt prisen mellem stat og kommune efter en fordelingsnøgle. Fordelingsnøglen er beregnet på baggrund af alle 98 kommuners regnskaber ved, at vi for alle de funktioner i kommunernes regnskaber, der vedrører priser på socialområdet, har opgjort andelen som refusioner fra den centrale refusionsordning udgifter udgør af de samlede udgifter til området. Herefter har vi lagt en bagatelgrænse, så kun medtager refusion, hvis den udgør minimum 2 %. Beregningen er foretaget på kommunernes 2014-regnskaber, da det også er det datagrundlag, som enhedsudgifterne er beregnet ud fra, jf. afsnit 3.3.1.

Foruden refusion for særligt dyre enkeltsager på socialområdet (konteret på konto 5.22.07 i de kommunale regnskaber), ydes der også refusion for flygtninge, der modtager sociale serviceydelser. Denne refusion er i regnskabet konteret på selve funktionen, hvor kommunernes udgifter til de pågældende ydelser er konteret. Vi har undersøgt, hvor stor en andel disse refusioner udgør af de samlede udgifter på funktionen i 2014. For de funktioner, der er relevante for priserne i SØM-modellen udgør refusion for flygtninge mellem 0,003 % og 0,648 % og er dermed betydeligt under den fastsatte bagatelgrænse på 2 %.¹⁷

Berigtigelser af den centrale refusionsordning er ikke medtaget ud fra en væsentlighedsbetragtning. Det er således uden signifikant betydning for det endelige resultat af fordelingen mellem stat og kommune, om berigtigelser inkluderes.¹⁸

I beregningen af refusionssatser for de sociale serviceydelser indgår alle kommuner, hvilket ikke er tilfældet for enhedsudgiftsberegningerne, da ikke alle kommuner har indberettet og godkendt de aktivitetsdata, der benyttes i disse beregninger. For yderligere detaljer omkring beregningen se Bilag 5.

På sundhedsområdet fordeles udgifterne mellem regioner og kommuner i henhold til aftalen om regionernes økonomi gældende for år 2017 (Danske Regioner, 2017). Heraf fremgår kommunernes medfinansiering af sundhedsudgifter. Disse andele varierer mellem forskellige sundhedsydelser som fx somatiske, psykiatriske og sygesikringskontakter (se Bilag 5).

¹⁷ Omfanget af refusion for flygtninge er således meget begrænset og vil desuden variere år for år afhængigt af udviklingen i såvel flygtningestrømme som nationale regler, ligesom der vil være stor forskel på omfanget af flygtninge fra kommune til kommune. En given procentsats vil, uanset om den er fastlagt ud fra 2014 eller et gennemsnit over flere år, derfor være behæftet med væsentlig unøjagtighed. Refusion for flygtninge medtages derfor ikke ud fra en væsentlighedsbetragtning.

¹⁸ Berigtigelser udgør i 2014 således 0,3 % af den samlede refusion på 5.22.07. Hvis berigtigelser skulle medtages i beregningen, skal de fordeles ud på de forskellige grupperinger under 5.22.07 efter en konstrueret fordelingsnøgle, da berigtigelserne opgøres samlet for alle refusioner under konto 5.22.07.

Litteratur

De studier, der optræder under målgrupperne i Bilag 1, kan findes i SØMs vidensdatabase ved at slå op under den specifikke målgruppe.

Øvrig litteratur

Lemvig, Kasper (2017): "Udgifter, brugere og enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde – en analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2014-2015". KORA. Juni 2017.

Danske Regioner (2014): Benchmarking af psykiatrien.

Rambøll (2012): "Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge". København.

Børne- og Socialministeriet (2017): "Socialpolitisk Redegørelse 2017". København.

Bilag 1 Afgrænsning af målgrupper i registre

Dette bilag beskriver de målgrupper, der indgår i SØMs vidensdatabase under effekter og konsekvenser. Hver målgruppe beskrives, hvorefter det gennemgås, hvilke effektstudier der findes, og for disse, hvilke primære effektmål og indsatser, der er anvendt i effektstudierne. Endelig beskrives om, og i så fald hvordan, målgruppen er afgrænset i registerdata.

Bilaget er opbygget sådan, at målgrupperne for voksne med handicap gennemgås først, og derefter følger en gennemgang af målgrupper for udsatte voksne.

Voksne med handicap

Voksne med udviklingshæmning

Der er ikke enighed om en definition af udviklingshæmning, men begrebet omfatter bredt personer, hvis fysiske og psykiske funktionsevner ikke er normalt udviklet.

Der er fundet 2 amerikanske effektstudier (Cimera 2010; 2011)

Primære effektmål benyttet i studierne: Beskæftigelse

Indsatser:

Beskyttet beskæftigelse
Individual Placement and Support (IPS)

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi afgrænser målgruppen i registre i Landspatientregistret (LPR) med diagnoser i gruppen af mentalt retarderet diagnoser.

Kilde: <http://www.si-folkesundhed.dk/upload/udviklingsh%C3%A6mning.pdf>

Diagnoser i LPR:

	Adiag
Mentalt retarderet	DF70, DF71, DF72, DF73, DF78, DF79 (samt alle undergrupper af disse)
Downs syndrom	DQ90
Downs syndrom UNS	DQ909

Mennesker, der stammer

Der er fundet 4 effektstudier af indsatser for voksne stammere fra Australien (2), Canada og Holland (Menzies et al. 2008; Langevin et al. (2006; 2010); Carey et al. 2010). Alle med små stikprøver (18-36 inkl. kontrol).

Primære effektmål benyttet i studierne: Stammeffrekvens

Sekundære effektmål benyttet i studierne: Angst, social fobi, mentalt helbred generelt

Indsatser:

Kognitiv adfærdsterapi
Fluency shaping
Stuttering Modification

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi har ikke identificeret registre til at afgrænse denne gruppe. Derudover har vi ingen viden om, hvordan det primære effektmål (stammefrekvens) udviser sammenhæng med afledte økonomiske effekter. Der er derfor ikke konsekvenser for denne målgruppe i vidensdatabasen.

Mobilitetshjælpemidler

Målgruppen består af voksne med nedsat gangfunktion.

Der er fundet 12 effektstudier af indsatser for voksne med mobilitetshjælpemidler. Heriblandt er der 5 fra Sverige:

Hansen & Tresse (2004), Löfqvist et al. (2012), Persson et al. (2007), Pettersson et al. (2006), Pettersson et al. (2013).

Og der er fundet 2 fra Danmark:

Brandt, Å. & M. C. Andersen (2013): Kan det betale sig at bevilge støtte til elkørestole og elscootere. En effektundersøgelse i Odense Kommune. Socialstyrelsen og Odense Kommune.

Brandt, Å. (2014). Tidlig rehabiliterende hjælpemiddelformidling. Et pilotprojekt i Fredericia Kommune. Socialstyrelsen.

Primære effektmål benyttet i studierne: Mobilitet, deltagelse i aktiviteter, behov for hjælp.

Indsatser:

Krykker, rollatorer, manuelle kørestole, elektriske kørestole (inkl. el scootere)
Specifik rollator ("the Merry Walker")
Hjælpemotor til kørestol, brugt i 2 uger
El kørestol eller el scooter
Rollator
Træning i brug af manuel kørestol
Servicetjek af manuelle kørestole

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi har ikke identificeret registre til at afgrænse denne gruppe, der går tilstrækkeligt langt tilbage i tid til, at vi kan følge dem over tid. Derudover har vi ingen viden om, hvordan det primære effektmål (mobilitet og aktivitet) udviser sammenhæng med afledte økonomiske effekter. Der er derfor ikke konsekvenser for denne målgruppe i vidensdatabasen.

Handicap og beskæftigelse

Handicap og beskæftigelse er en bred målgruppe, som overordnet kan afgrænses ved de handicappede for hvem, det er relevant at forsøge beskæftigelsesrettede tilbud.

Der er fundet 7 studier af beskæftigelsesrettede indsatser for handicappede. Målgruppen inkluderer alle de andre målgrupper for mennesker med handicap, og studierne fra Vidensportalen inkluderer

også indsatser for udsatte voksne. I disse tilfælde er studierne lagt ind under de andre respektive grupper og ellers opgøres de for sig selv i vidensdatabasen.

De 7 studier inkluderer 1 studie fra Sverige, der også lægges under psykiske lidelser, samt 2 studier for mennesker med synsnedsættelse. Det efterlader 5 studier; 3 for mennesker med fysisk og psykiske handicap og 2 studier for mennesker med rygskeer hhv. kroniske muskuloskeletale sygdomme.

Primære effektmål benyttet i studierne: Beskæftigelse

Indsatser:

Støttet beskæftigelse
Beskyttet beskæftigelse
Tværfaglig rehabilitering

Registerafgrænsning af målgruppen:

Der er ikke konsekvenser for denne målgruppe i vidensdatabasen.

Mennesker med ADHD (voksne)

Målgruppen er voksne med diagnosticeret ADHD (enten som voksne eller børn). Diagnostisk grupperes ADHD i tre typer: hyperaktivitet, inaktiv, og kombineret. Der er mange voksne med lignende symptomer, hvor ADHD ikke er diagnosticeret, fordi de er bedre til at leve med eller kompensere for symptomerne.

Der er fundet 2 studier af effekten af indsatser for voksne med ADHD fra USA og Tyskland (Safren et al. 2005; Hesslinger et al. 2002).

Primære effektmål benyttet i studierne: ADHD-symptomer, depression

Indsatser:

Støtte i hjemmet
Adfærdsbehandling

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi afgrænser målgruppen via nedenstående diagnoser i LPR. Det er forventeligt, at det kun er de svære tilstande, der vil opfanges af denne afgrænsning. Fra Lægemedelstatistikregistret ville det også være muligt at få oplysninger om personer, der har fået receptpligtig medicin imod ADHD, og som ikke nødvendigvis er registreret i LPR. Imidlertid har det under udviklingen af SØM ikke været muligt at få adgang til at benytte data fra Lægemedelstatistikregistret, hvorfor denne gruppe ikke kan indgå i målgruppen i SØM.

Anvendte diagnoser:

DF90	Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD, hyperactivity type)
DF988c	ADD (ADHD, inattentive type)

Mennesker med autisme (voksne)

Voksne med autisme er borgere med en diagnose inden for autismspektret.

Der er fundet 10 studier af effekten af indsatser for voksne med autisme fra USA, England, Spanien, og Sverige (Review af Hesselmark et al. 2014).

Primære effektmål benyttet i studierne: Beskæftigelse

Sekundære effekter benyttet i studierne: Eksekutive funktioner følelsesgenkendelse og livskvalitet

Indsatser:

- Kognitiv adfærdsterapi i grupper (CBT)
- Supported employment (SE)
- Fritidsaktivitetsgrupper
- Social learning intervention

Registerafgrænsning af målgruppen:

Målgruppen afgrænses via diagnosen i LPR.

Diagnoser:

LPR: DF84 (samt alle undergrupper heraf)¹⁹

Voksne med erhvervet hjerneskade

Målgruppen inkluderer alle voksne med en akut erhvervet hjerneskade, enten som følge af blodprop, anden sygdom eller ulykke.

Der er fundet 17 studier af effekten af indsatser for voksne med erhvervet hjerneskade fra bl.a. Australien, Holland, Canada Schweiz, USA, Saudi Arabien, Storbritannien, Hong Kong, Taiwan, Skotland og Sverige (review af Smith et al. 2008) samt 3 fra Danmark (Teasdale & Caetano 1995; Andersen et al. 2000; Wæhrens 2007). Studierne af indsatser i Danmark er:

Andersen, H. E., K. Schultz-Larsen, Kreiner, S., Forchhammer, B. F., Eriksen, K. & A. Brown (2000): Can readmission after stroke be prevented? Results of a randomized clinical study: A post discharge follow-up service for stroke survivors 31: 1038-1045.

Teasdale, T. & C. Caetano (1995). Psychopathological symptomatology in brain-injured patients before and after a rehabilitation program. Applied Neuropsychology 17: 18-26.

Wæhrens, E. E. & A. G. Fisher (2007). Improving quality of ADL performance after rehabilitation among people with acquired brain injury. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 14: 250-257.

Primære effektmål benyttet i studierne: Beskæftigelse, mentalt helbred generelt

Sekundære effekter benyttet i studierne: Activities of daily living (ADL), Angst, depression, livskvalitet, eksekutive funktioner, aktiviteter i dagligdagen

Indsatser:

- Kognitiv adfærdsterapi
- Yoga og mindfulness
- Comprehensive-holistic Approach

¹⁹ Kilde: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/boernepsykiatri/tilstande-og-sygdomme/udviklingsforstyrrelser/gennemgribende-udviklingsforstyrrelser/>

Metacognitive Strategy Instruction
 Terapibaseret rehabilitering
 Case Coordination model (aktivitet og deltagelse)
 Supported Employment
 Uddannelsesprogram for pårørende
 Kommunikativ partnertræning
 Åben dialog

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi afgrænser målgruppen ved hjælp af LPR.

Kilde: Forløbsprogram for erhvervede hjerneskader. <http://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/425B29A5B3CF4C69B2E7E8F3B7D520BC.ashx>

Diagnose	ICD-10 (Aktionsdiagnose)
1. Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning) og andre sammenlignelige sygdomme	DI61, DI63, DI64, DI67 – DI68 (undtaget DI67.4)
2. TCI (Transitorisk Cerebral Iskæmi, samme symptomer som ved apopleksi, men hvor symptomerne forsvinder inden for 24 timer)	DG45 – DG46
3. Traumatisk hjerneskade	DS020, DS021, DS027-DS029, DS061-DS071, DS097, DT020, DT040, DT060
4. Subarachnoidalblødning (hjernehindeblødning)	DI60
5. Tumor i hjernen (kræft samt godartede svulster i hjernen)	DC70-DC71, DD32, DD330, DD332, DD337, DD339
6. Infektion (betændelse i hjernen og i hjernens hinder)	DA321, DA390, DA398, DB003, DB004, DB451, DB582, DG00, DG01, DG040, DG042, DG048, DG05, DG060, DG07-DG09
7. Encephalopati (diffus hjerneskade på grund af iltmangel, giftstoffer eller anden skadelig påvirkning)	DB220, DE159, DE512, DG410, DG929, DG931, DG938, DG978, DI460, DO292, DO743, DO754, DO892, DT58, DT719, DT751, DT754
8. Sequelae (følger på grund af apopleksi)	DI691, DI693, DI694, DI698
9. Sequelae (følger på grund af en hjerneskade med reference til en af ovenstående diagnoser)	DG099, DI690, DI720, DG099, DI690, DI691, DI692, DT903, DT905, ZDW56
10. Andre sammenlignelige sygdomme	DG372, DI674, DI720

Udsatte voksne

Hjemløse

Der er ingen entydig definition af hjemløshed. Mange hjemløse har en registreret adresse, ligesom mange uden adresse kan leve hos andre i kortere tidsrum, uden at det er et socialt problem. Her fokuserer vi på udsatte voksne, som ikke har egen bolig og ikke kan bo hos familie og bekendte.

Der er fundet 4 studier af indsatser for hjemløse, hvoraf de 2 er et review (Nelson & Aubry 2007; Coldwell & Bender 2007). Der er et dansk studie:

Rambøll og SFI (2013). Samfundsøkonomisk analyse af metoder i hjemløsestrategien.

Primære effektmål benyttet i studierne: Hjemløshed, mentalt helbred generelt

Sekundære effektmål benyttet i studierne: Misbrug

Indsatser:

Housing and Support Interventions (Bostøtte)
Assertive community treatment (ACT).
Individual case management (ICM)
Critical time intervention (CTI)

Registerafgrænsning af målgruppen:

For at afgrænse målgruppen i registre anvender vi Ankestyrelsens data om brug af forsorg og herberg efter Servicelovens § 110.

Mennesker med psykiske vanskeligheder

Målgruppen består af personer med psykiske problemer af et omfang, der vurderes at påvirke deres dagligdag. Det kan både være lettere psykiske problemer og mere vedvarende svære problemer, med indvirkning på arbejdsmarkedsdeltagelse, social isolation og misbrug.

Der er fundet 9 studier af indsatser for personer med psykiske vanskeligheder fra Storbritannien, Australien, Tyskland, Italien, Schweiz, Bulgarien, Holland, USA og 2 fra Sverige (Jakobsen et al. 2008; Germundsson et al. 2012). Heraf er 1 et review fra 2011 (Campbell et al. 2011).

Primære effektmål benyttet i studierne: Beskæftigelse, mentalt helbred generelt

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi afgrænser målgruppen i registrene, så vi så vidt muligt både fanger lettere og svære psykiske problemer. Det gør vi ved personer, der opfylder mindst én af følgende tre betingelser:

1. Har været indlagt på psykiatrisk afdeling
2. Er blevet henvist til psykiater af egen læge og har været der mindst to gange i løbet af et år
3. Har en psykisk diagnose i forbindelse med somatisk indlæggelse.

Gruppen er underinddelt alt efter om 1) er opfyldt eller ej. Hvis 1) er opfyldt, beskrives gruppen som havende svære psykiske problemer.

ATC-koder, speciallægt type og diagnoser:

ATC-kode: N05A (Antipsykotika) eller N06A (Antidepressiva)

Speciallæge: SPEC2 = 24 (Psykiatri), 61 (Psykologhjælp)

Diagnosekoder fra LPR (både aktions- og bidiagnose): DF09-DF69 og DF89-DF100.

Mennesker med stofmisbrug

Målgruppen inkluderer personer, der har et misbrug af illegale euforiserende stoffer (stofmisbrugere).

Der er fundet 6 studier af indsatser for stofmisbrugere, hvoraf de 2 er Cochrane review (Smedslund 2011 og Hesse 2014), og der er 1 svensk studie (Lindahl 2013).

Primære effektmål benyttet i studierne: Stofmisbrug (dage, omfang, tilbagefald)

Indsatser:

Motivational interviewing
Case management
Mindfulness-Based Relapse Prevention Program (MBRP)
Andre psykosociale indsatser (contingency management, relapse prevention, cognitive behavioral therapy)

Registerafgrænsning:

Vi afgrænser målgruppen i registrene ved personer, der har været i stofmisbrugsbehandling, registreret i stofmisbrugsdatabasen.

Vi underinddeler gruppen i tre på baggrund af dialog med professor Mads Uffe Pedersen, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Misbrugere i substitutionsbehandling, samt misbrugere under hhv. over 25 år, der ikke er i substitutionsbehandling. Disse grupper har erfaringsmæssigt forskellige misbrugsproblemer.

Psykiske vanskeligheder og samtidigt misbrug

Denne målgruppe benævnes ofte dobbeltdiagnosticerede.

Der er fundet 3 studier af indsatser for stofmisbrugere med psykiske vanskeligheder, hvoraf 1 er et Cochrane review (Hunt 2013) og 1 er norsk (Wüsthoff 2014).

For **primære effekter** samt **registerafgrænsning**, se målgrupperne: "Mennesker med psykiske vanskeligheder" og "Mennesker med stofmisbrug".

Indsatser:

Individual placement and support (IPS)
The illness management and recovery program
Wellness Recovery Action Planning

Gruppen indgår i modellen med i alt 8 målgrupper. Disse er:

- Mennesker med svære psykiske problemer, jf. beskrivelsen i afsnittet ovenfor om Mennesker med psykiske problemer, som har været i alkoholmisbrugsbehandling
- Mennesker med lette psykiske problemer, som har været i alkoholmisbrugsbehandling
- Mennesker med svære psykiske problemer, som har været i stofmisbrugsbehandling med substitutionsbehandling
- Mennesker med lette psykiske problemer, som har været i stofmisbrugsbehandling med substitutionsbehandling
- Mennesker med svære psykiske problemer, som har været i stofmisbrugsbehandling med ikke-substitutionsbehandling (personer t.o.m. 25 år)
- Mennesker med lette psykiske problemer, som har været i stofmisbrugsbehandling med ikke-substitutionsbehandling (personer t.o.m. 25 år)
- Mennesker med svære psykiske problemer, som har været i stofmisbrugsbehandling med ikke-substitutionsbehandling (personer over 25 år)
- Mennesker med lette psykiske problemer, som har været i stofmisbrugsbehandling med ikke-substitutionsbehandling (personer over 25 år)

Mennesker med alkoholmisbrug

Målgruppen består af mennesker, der har et forbrug af alkohol, der påvirker deres sundhedsmæssige funktionsevne og dagligdag.

Der er fundet 2 studier af indsatser for socialt udsatte med alkoholmisbrug, hvoraf det ene er et NICE review (NICE 2011).

Primære effektmål benyttet i studierne: Alkoholmisbrug (dage, omfang, tilbagefald)

Indsatser:

Assertive Community Treatment (ACT)
Case management

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi afgrænser gruppen ved personer, der har været i behandling for alkoholmisbrug registreret i Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Der er oplysninger fra 2007.

Derudover inkluderes personer, som er registreret i LPR med en alkoholrelateret diagnose. Det er i princippet uvist, hvor stor en andel af disse personer, der rent faktisk er socialt udsatte, men det er valgt at medtage alle, da en behandling for alkoholmisbrug trods alt tyder på et problem af en vis størrelse.

Diagnoser:

Nedestående liste er identificeret på baggrund af afgrænsning foretaget af Statens Institut for Folkesundhed:

Landspatientregister	
DF10 (samt alle undergrupper af denne)	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol
DK70 (samt alle undergrupper af denne)	Alkoholisk leversygdom
DK74 (samt alle undergrupper af denne)	Fibrose i lever og skrumpelever
DT51 (samt alle undergrupper af denne)	Forgiftning med alkohol

Kilde http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf
https://ast.dk/filer/tal-og-undersogelser/statistikfiler/fop_diagnoseliste_juni_2008_11_06_2008_22_59.pdf
<http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/sygehusbenyttelse/adiag>
pro.medicin.dk
http://www.esundhed.dk/dokumentation/Documents/17_Kodeark_DAR.pdf

Voksne med senfølger efter seksuelle overgreb

Målgruppen omhandler voksne, der har været udsat for seksuelt overgreb i barndommen.

Der er fundet 10 studier af indsatser for voksne udsat for seksuelt overgreb i barndommen fra USA, Sydafrika, Canada, Holland samt 1 fra Sverige (Lundqvist 2006) og 1 fra Danmark.

Det danske studie er:

Lau, M. & E. Kristensen (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: a randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116: 96-104.

Primære effektmål benyttet i studierne: Mentalt helbred generelt, specifikt PTSD, depression

Indsatser:

- Kognitiv adfærdsterapi (CBT)
- Cognitive processing therapy (CPT)
- Rational-emotive behaviour therapy
- Emotion Focused Therapy
- 2-phase cognitive-behavioral treatment
- body-focused feminist model
- Stabilizing Group Treatment protocol
- Analytic group psychotherapy
- 2-year phase-divided group therapy

Registerafgrænsning af målgruppen:

Målgruppen er ikke afgrænset i registrene, og der er derfor ikke konsekvenser for denne målgruppe i vidensdatabasen.

Voksne som lever med vold i nære relationer

Målgruppen inkluderer både voldsudøvere og voldsramte, hvor volden opstår fx i et parforhold eller mellem andre familiemedlemmer. Volden kan både være trusler, fysisk eller psykisk vold.

Der er fundet 5 studier af indsatser til voldsofre eller voldsudøvere fra USA, Canada og 2 fra Danmark (Servicestyrelsen 2011; Hansen 2014²⁰). Det ene studie fra USA er for en forebyggende indsats for førstegangsførelse.

Skandinaviske effektstudier:

Hansen, N. B., Eriksen, S. B. & A. Elkit (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *European Journal of Psychotraumatology* 5: 24797. (samme som "Ud af Voldens Skygge")

Servicestyrelsen (2011). Behandling af mænd der udøver vold. Evaluering af fire projekter.

Primære effektmål for voldsudøver benyttet i studierne: Gentagen vold for voldsramt- eller udøver
Primære effektmål for voldsoffer benyttet i studierne: Mentalt helbred generelt, specifikt: PTSD, depression

Indsatser:

- The young parenthood program
- Kognitiv adfærdsterapi (CBT)
- Court-mandated intervention programs
- Alternativ til Vold
- Dialog mod Vold
- Ud af Voldens skygge

Registerafgrænsning af målgruppen:

Vi afgrænser alene gruppen af voldsudsatte på baggrund af oplysninger fra Kriminalitetsregistrene for ofre. Dette inkluderer derfor primært fysisk vold. Vold i nære relationer afgrænses ved kun at se

²⁰ Hansen (2014) analyserer samme forsøg og data som i "Ud af voldens pris" fra 2012. Vi bruger førstnævnte.

på kvinder udsat for vold. Dette skyldes, at mænd udsat for vold kun mindre grad er udsat for vold i hjemmet, mens langt de fleste kvindelige voldsofre stammer fra vold i hjemmet.

Bilag 2 Søgning på svenske og norske hjemmesider

Socialstyrelsen.se

Fremgangsmåde: søgt på målgrupper (vold, missbrug, psykisk ohälsa, utvecklingsstörda), og "intervention" i publikationer.

Resultat

Type	Titel	Link	
Litteraturgennemgang	Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom - En sammanställning av systematiska översikter	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-110-37	Den samlede tekst er ikke tilgængelig online. Er en form for systematisk litteraturgennemgang, der er ikke info om de inkluderede studier.
Litteraturgennemgang	Insatser för våldsutsatta kvinnor med missbruksproblem – en kartläggning och granskning av interventioner	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-9	Ingen nordiske studier
Rapport	Svenska effektutvärderingar av psykosociala interventioner	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-12-31	
Retningslinje	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-2	Systematiske litteraturgennemgange tilgængelige men ingen oversigt over land
oplæringsmateriale	Skylla sig själv? – Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-10-1	Ikke relevant
Litteraturgennemgang	Interventioner mot våld riktat mot kvinnor med funktionsnedsättning – en systematisk kartläggning och granskning	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-9-4	Ingen nordiske studier
Litteraturgennemgang	Utfall och effekter av sociala metoder för kvinnor som utsatts för våld i nära relationer - En systematisk översikt	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-110-27	Ingen svenske effekstudier
Litteraturgennemgang	Svensk och internationell forskning om sociala interventioners effekter	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-4-17	
ukendt	Interventioner mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-112-4	Kun kort tekst - tyder ikke på effektvurdering af indsats
Retningslinje	Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning	http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-2	Systematiske litteraturgennemgange tilgængelige men ingen oversigt over land

Ingen fund gav anledning til identifikation af skandinaviske studier.

Kundskabssenteret.no

Fremgangsmåde: først gjennomgået relevante temaer (avhengighetsbehandling, boligsosiale tiltag, psykiskhelse, rehabilitering, velferdstjenester) herefter søgt på enkelte målgrupper.

Resultat:

Type	Titel	Link	Kan brukes:
Omtale av Cochrane-oversikt	Psykososiale tiltak får muligens flere til å slutte med cannabis	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/psykososiale-tiltak-far-muligens-flere-til-a-slutte-med-cannabis	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat - Systematisk litteratursøk med sortering	Bedre tilgang til tverrfaglig spesialisert rusbehandling for barn og unge voksne	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/bedre-tilgang-til-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-for-barn-og-unge-voksne	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat - Systematisk litteratursøk med sortering	Oppdatering av rapporten "Hva er effekten av langtidsbehandling i institusjon for rusavhengige sammenlignet med poliklinisk korttidsbehandling?" – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/oppdatering-av-rapporten-hva-er-effekten-av-langtidsbehandling-i-institusjon-for-rusavhengige-sammenlignet-med-poliklinisk-korttidsbehandling-systematisk-litteratursok-med-sortert-referanseliste	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat	Psykososiale tilleggsbehandlinger har liten eller ingen innvirkning på behandlingseffekt hos opiatavhengige i substitusjonsbehandling	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/psykososiale-tilleggsbehandlinger-har-liten-eller-ingen-innvirkning-pa-behandlingseffekt-hos-opiatavhengige-i-substitusjonsbehandling	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Cochrane-oversikt	Motiverende intervju mot rusproblemer	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/motivational-interviewing-for-substance-abuse--177555	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat - Systematisk litteratursøk med sortering	Psykoterapeutisk behandling av personer med samtidig rus- og voldsproblematikk	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/psykoterapeutisk-behandling-av-personer-med-samtidig-rus-og-voldsproblematikk	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat - Systematisk litteratursøk med sortering	Døve i avhengighetsbehandling	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/dove-i-avhengighetsbehandling	Nej, ikke innsatser i Skandinavia

Type	Titel	Link	Kan brukes:
Notat - Systematisk litteratursøk med sortering	Motiverende samtale for å endre levevaner	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/motiverende-samtale-for-a-endre-levevaner	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat - Systematisk litteratursøk med sortering	Psykososial behandling av ikke-afektive psykoser	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/psykososial-behandling-av-ikke-afektive-psykoser	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Rapport fra Folkehelseinstituttet - Systematisk oversikt	Effekt av organisering av kommunale rehabiliteringstjenester ved nevrologiske tilstander	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-organisering-av-kommunale-rehabiliteringstjenester-ved-nevrologiske-tilstander	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat - Systematisk litteratursøk med sortering	Effekt av rehabilitering for personer med hjerneslag og/eller traumatisk hjerneskade – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-rehabilitering-for-personer-med-hjerneslag-og-eller-traumatisk-hjerneskade-systematisk-litteratursok-med-sortert-referanseliste	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat – Hurtigoversikt	Behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/behandling-og-rehabilitering-av-pasienter-med-hjerneslag	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Omtale av Cochrane-oversikt	Motiverende samtale – reduserer det alkoholkonsum hos unge?	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/motiverende-samtale-reduserer-det-alkoholkonsum-hos-unge	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Omtale av Cochrane-oversikt	Uklart om kognitiv atferdsterapi virker på menn som er voldelige mot sin kvinnelige partner	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uklart-om-kognitiv-atferdsterapi-virker-pa-menn-som-er-voldelige-mot-sin-kvinnelige-partner	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Notat – Hurtigoversikt	Behandlingsmetoder for flyktninger med alvorlige psykiske helseproblemer	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/behandlingsmetoder-for-flyktninger-med-alvorlige-psykiske-helseproblemer	Nej, ikke innsatser i Skandinavia
Rapport fra Kunnskapssenteret - Fullstendig metodevurdering	Behandling av pasienter med akutt hjerneslag i slagenheter (med og uten tidlig støttet utskrivning)	http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/behandling-av-pasienter-med-akutt-hjerneslag-i-slagenheter-med-og-uten-tidlig-stottet-utskrivning	Nej, ikke innsatser i Skandinavia

Ingen fund gav anledning til identifikasjon av skandinaviske studier.

Evalueringsportalen.no

Fremgangsmåde: søgt i relevante sektorer (arbeid og velferd, helse og omsorg, innvandring og inkludering, kommuner og distrikter, lov og ret, økonomi) på målgrupper og "innsats"

Resultat:

Type	Titel	link	
Evalueringsrapport	Balansekunst : en oppfølgingsstudie av personer med funksjonsnedsettelse og deres erfaringer med arbeidslivsetablering	http://evalueringsportalen.no/evaluering/balansekunst-en-oppfolgingsstudie-av-personer-med-funksjonsnedsettelse-og-deres-erfaringer-med-arbeidslivsetablering	Nej, kvalitativt
Evalueringsrapport	Evaluering av Jobbstrategien for personer med nedsatt funksjonsevne	http://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-jobbstrategien-for-personer-med-nedsatt-funksjonsevne	Nej, ikke effekt evaluering af indsats
Evalueringsrapport	Evaluering av "Mestringsveier til arbeid - psykisk helse og rus"	http://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-mestringsveier-til-arbeid-psykisk-helse-og-rus	Nej, ikke effekt evaluering af indsats
Evalueringsrapport	Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere : delrapport 1 i evaluering av statlig tilskudd i 32 kommuner	http://evalueringsportalen.no/evaluering/lavterskel-helsetiltak-for-rusmiddelmissbrukere-delrapport-1-i-evaluering-av-statlig-tilskudd-i-32-kommuner	Nej, kvalitativt
Evalueringsrapport	Bostøtte: Mobilitet, kontinuitet og endring	http://evalueringsportalen.no/evaluering/bostotte-mobilitet-kontinuitet-og-endring	Nej, ikke effekt evaluering af indsats
Evalueringsrapport	Tiltak mot kjønnslemlestelse : evaluering av OK-prosjektet – det nasjonale prosjektet for iverksetting av tiltak i handlingsplanen mot kjønnslemlestelse	http://evalueringsportalen.no/evaluering/tiltak-mot-kjonnsllestelse-evaluering-av-ok-prosjektet-det-nasjonale-prosjektet-for-iverksetting-av-tiltak-i-handlingsplanen-mot-kjonnsllestelse	Nej, ikke relevant
Evalueringsrapport	Arbeids- og utdanningsreiser for funksjonshemmede : erfaringer etter 10 år	http://evalueringsportalen.no/evaluering/arbeids-og-utdanningsreiser-for-funksjonshemmede-erfaringer-etter-10-aar	Nej, ikke relevant
Evalueringsrapport	Hva er god Arbeid med bistand? : forhold som kan være av betydning for om deltakerne kommer i arbeid	http://evalueringsportalen.no/evaluering/hva-er-god-arbeid-med-bistand-forhold-som-kan-vaere-av-betydning-for-om-deltakerne-kommer-i-arbeid	Nej, ikke relevant
Evalueringsrapport	Supported Employment i Norden	http://evalueringsportalen.no/evaluering/supported-employment-i-norden	Nej, ikke effekt evaluering af indsats

Ingen fund gav anledning til identifikasjon av skandinaviske studier.

Bilag 3 Søgning på Pubmed

Søgning og resultater

Pubmed	Denmark	Sweden	Norway
Titel/abstract: homeless, intervention	4	1	2
Titel/abstract: substance abuse, intervention	13	19	13
Titel/abstract: mental illness, intervention	25	28	11
Titel/abstract: alcohol dependent, intervention	5	3	0
Titel/abstract: violence, intervention	12	55	17
Titel/abstract: sexual abuse, intervention	2	4	2
Titel/abstract: retardation, intervention	8	12	13
Titel/abstract: handicap, intervention	8	22	2
Titel/abstract: adhd, intervention	24	26	5
Titel/abstract: autism, intervention	12	40	21
Titel/abstract: brain injury, intervention	27	50	10
I alt	140	260	96

Alle abstract blev screenet og 17 indhentet. Efter læsning af fuld tekst inkluderes 4 studier:

1. Dansk (Hansen 2014) før-efter-måling (n=212) omkring voldsramte kvinder. Er en udgivelse på "ud af voldens skygge", som er en rapport vi har med, som den erstatter.
2. Svensk (Lindahl 2013) RCT (n=36) om stofmisbrugere og case management. Har procentvise forskel og en næsten signifikant effekt på misbrug.
3. Norsk (Wüsthoff 2014) RT (n=81) om stof/alkoholmisbrugere med depression eller angst.
4. Dansk (Wæhrens 2007) før-efter-måling (n=36) om erhvervet hjerneskade og rehabiliteringsprogram. Finder effekt på ADL.

Bilag 4 Søgning på DANBIB

Søgning og resultater

Danbib	hits
Hjemløse indsats	124
Misbrug indsats	206
Psykisk lidelse indsats	29
Alkohol indsats	105
Vold i nære relationer indsats	29
Senfølger misbrug indsats	0
Udviklingshæmmede indsats	144
Adhd voksne indsats	57
Autisme indsats	119
Hjerneskode indsats	67
Handicap sociale indsatser (sociale tilføjet for at begrænse omfanget)	152
Sum	1.032

Disse fund er gennemgået og har ikke tilføjet nye studier, da der ikke var tale om studier, der opfyldte kriterierne for inklusion i vidensdatabasen.

Bilag 5 Oversigt over priser i SØMs vidensdatabase

Dette bilag indeholder en oversigt over de priser, der indgår i beregningerne i modellen.

Sundhedsydelse

Område	Specifik pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordelt på aktører	Målgruppespecifik
Sygesikrings-kontakter	Almen praksis	Kr. pr. kontakt	VIVEs egne beregninger fra Sygesikringsregistret (2013-15)	Gennemsnitligt bruttohonorar pr. kontakt, fremskrevet til 2017-priser	Region (93%) Kommune (7%)	Ja
	Andre	Kr. pr. kontakt	VIVEs egne beregninger fra Sygesikringsregistret (2013-15)	Gennemsnitligt bruttohonorar pr. kontakt, fremskrevet til 2017-priser	Region (75%) Kommune (25%)	Ja
Somatik	Sygehusindlæggelse	Kr. pr. sengedag	VIVEs egne beregninger fra Landspatientregistret (2014)	Gennemsnitlig DRG takst pr. besøg fremskrevet til 2017-priser	Region (76,3%) Kommune (23,7%)	Ja
	Ambulant behandling	Kr. pr. besøg	VIVEs egne beregninger fra Landspatientregistret (2014)	Gennemsnitlig DAGS takst pr. besøg fremskrevet til 2017-priser	Region (70,7%) Kommune (29,3%)	Ja
	Skadestue	Kr. pr. besøg	VIVEs egne beregninger fra Landspatientregistret (2014)	Gennemsnitlig DAGS takst pr. besøg fremskrevet til 2017-priser	Region (70,7%) Kommune (29,3%)	Ja
Psykiatri	Sygehusindlæggelse	Kr. pr. indlæggelse	DRG takstvejledning (2015) samt Danske Regioner, 2014	DRG takst pr. forløb fremskrevet til 2017-priser. Antallet af dage per forløb er sat til 18 dage ud fra Danske Regioners opgørelser af den gennemsnitlige varighed.	Region (89%) Kommune (11%)	Nej
	Ambulant forløb	Kr. pr. forløb	DRG takstvejledning (2015) samt Danske Regioner, 2014	DAGS takst pr. forløb fremskrevet til 2017-priser. Antallet af dage per forløb er sat til 13,7 dage ud fra Danske Regioners opgørelser af den gennemsnitlige varighed.	Region (70%) Kommune (30%)	Nej
	Skadestue	Kr. pr. besøg	VIVEs egne beregninger fra Landspatientregistret – Psykiatri (2015)	Gennemsnitlig DAGS takst pr. besøg fremskrevet til 2017-priser	Region (70%) Kommune (30%)	Nej

Kriminalitet

Område	Specifik pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordelt på aktører	Målgruppespecifik
Fængsel	Fængsel	Kr. pr. dag.	Kriminalforsorgens årsrapport (2011)	Pris pr. fængslede pr. dag i 2011 fremskrevet til 2017-priser	Stat	Nej
Andre afgørelser	Volds- og sædelighedsforbrydelser	Kr. pr. dom	Larsen et al. (2010), Rambøll (2012)	Pris på vold fordelt på omkostninger til politi, anklagemyndighed, domstol, advokat vægtet med vægte tyngde i sagsbehandlingen fra Rambøll (2012). Fremskrevet til 2017.	Stat	Nej
	Indbrud, tyveri og hærværk	Kr. pr. dom	Larsen et al. (2010), Rambøll (2012)	Pris på indbrud fordelt på omkostninger til politi, anklagemyndighed, domstol, advokat vægtet med vægte tyngde i sagsbehandlingen fra Rambøll (2012). Fremskrevet til 2017	Stat	Nej
	Færdselsloven og andre særlove	Kr. pr. dom	Larsen et al. (2010), Rambøll (2012)	Pris vedr. brud på færdselsloven og andre særlove fordelt på omkostninger til politi, anklagemyndighed, domstol, advokat vægtet med vægte tyngde i sagsbehandlingen fra Rambøll (2012). Fremskrevet til 2017	Stat	Nej

Sociale serviceydelser

Område	Specifik pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordelt på aktører	Målgruppe-specifik
Boformer	Midlertidige botilbud	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Stat (4,40%) Kommune (95,60%)	Nej
	Længerevarende botilbud	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Stat (4,68%) Kommune (95,32%)	Nej
Div. hjælperordninger	Handicaphjælperordning (§ 96)	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
	Ledsagerordning og kontaktperson for døvblinde, støttepersoner (§§ 97-99)	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
	Socialpædagogisk støtte i botilbudslignende tilbud efter Almenboligloven § 105 (§85)	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
	Socialpædagogisk støtte i borgerens eget (private) hjem (§ 85)	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
	Tilskud til personlig og praktisk hjælp (§ 95)	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
Andre	Forsorgshjem og Herberger (§ 110)	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Stat (50%) Kommune (50%)	Nej
	Beskyttet beskæftigelse (§ 103) eller aktivitets- og samværstilbud (§ 104)	Kr. pr. helårsbrug	Egne beregninger pba. Lemvig (2017)	Gennemsnitlige samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2014 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
	Kvindekrisecentre (§ 109)	Kr. pr. døgn pr. bruger	Voldens pris (2009)	Samlede årlige indtægter divideret med antal overnatninger (Fra LOKK's årsstatistik 2009) + 3,65% overhead	Kommune	Nej
Alkoholmisbrugsbehandling	Alkoholmisbrugsbehandling § 141 i sundhedsloven	Kr. pr. døgn pr. bruger	Socialpolitisk Redegørelse (2017)	Samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2016 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
Øvrig misbrugsbehandling	Stofmisbrugsbehandling (dagbehandling) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven	Kr. pr. døgn pr. bruger	Socialpolitisk Redegørelse (2017)	Samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2016 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej
	Stofmisbrugsbehandling (døgn) § 101 i serviceloven, § 142 i sundhedsloven	Kr. pr. døgn pr. bruger	Socialpolitisk Redegørelse (2017)	Samlede driftsudgifter pr. helårsbruger i 2016 (2017-priser) +3,65% overhead	Kommune	Nej

Uddannelse og beskæftigelse

Område	Specifik pris	Enhed	Kilde	Beregnet som	Fordelt på aktører	Målgruppe-specifik
Uddannelse	Ungdoms- og videregående uddannelser	Kr. pr. uge	VIVEs egen beregning vha. Undervisningsministeriet (2009)	Gennemsnit af priser for ungdomsuddannelser, erhvervsfaglige uddannelser, videregående uddannelser samt voksen- og efteruddannelser (2017-priser)	Stat	Nej
Overførselsindkomst	Kontanthjælp	Kr. pr. uge	VIVEs egne beregninger pba. DREAM og Jobinsvestering (2016)	Gennemsnitlig udbetaling pr. uge (2017-priser)	Stat (80%) Kommune (20%)	Nej
	Førtidspension	Kr. pr. uge	VIVEs egne beregninger pba. DREAM og Jobinsvestering (2016)	Gennemsnitlig udbetaling pr. uge (2017-priser)	Stat (80%) Kommune (20%)	Nej
	Uddannelseshjælp	Kr. pr. uge	VIVEs egne beregninger pba. DREAM og Jobinsvestering (2016)	Gennemsnitlig udbetaling pr. uge (2017-priser)	Stat (80%) Kommune (20%)	Nej
	Øvrige overførsler (Dagpenge, revalidering, løntilskud mm)	Kr. pr. uge	VIVEs egne beregninger pba. DREAM og Jobinsvestering (2016)	Gennemsnitlig udbetaling pr. uge (2017-priser)	Stat (80%) Kommune (20%)	Nej
Beskæftigelsesindsats	Vejledning og opkvalificering	Kr. pr. uge	Rosholm og Svarer (2009)	Gennemsnitlig udbetaling pr. uge i 2008 (2017-priser)	Stat (50%) Kommune (50%)	Nej
Skat	Skat af overførselsindkomst	Kr. pr. uge	VIVEs egne beregninger pba. DREAM og Jobinsvestering (2016)	Beregnet som 38,5 pct af gns udbetaling pr uge (2017-priser)	Stat (35%) Kommune (65%)	Ja
	Skat af løn	Kr. pr. uge	VIVEs egne beregninger fra registerdata om lønindkomst	Beregnet vha målgruppe-specifik gennemsnitlig skattepct pbaregisterdata, per uge (2017-priser)	Stat (60%) Kommune (40%)	Ja

Bilag 6 Teknisk bilag vedrørende priser

Sundhedsydelser

DRG er Diagnose Relaterede Grupper, DAGS ditto for ambulante besøg. Ved opgørelsen af DRG takster fordeles patienterne i en gruppe med nogenlunde samme diagnose ud fra Landspatientregistret. Hver DRG-gruppe får tilknyttet en takst, som gør det muligt at beregne et estimat af værdien af det arbejde, der udføres på sygehuset. Denne takst beregnes hvert år som de landsgennemsnitlige driftsudgifter ved behandling af patienter på de offentlige danske sygehuse. Alle dele af patientbehandlingen er inkluderet i taksten, dvs. både undersøgelser af lægen, blodprøver, røntgenbilleder mv. Taksterne afspejler altså de direkte udgifter og dermed også udgifter til hjælpeafdelinger, såsom køkken, tekniske afdelinger og administration medregnet, da det er en del af de samlede udgifter for patientens hospitalsophold. Derimod er tjenestemandspensioner, forrentninger og afskrivninger ikke medregnet.

Bemærk, at taksterne er beregnet på baggrund af fordelingsregnskaber for to år. For eksempel er taksterne i 2012 beregnet ud fra 2009 og 2010.

Taksten dækker alle omkostninger fra indlæggelsen – også selv om patienten har været på flere afdelinger og har modtaget mange ydelser.

Det samme princip gælder for både ambulante (Dansk Ambulant Grupperingsystem, DAGS) og stationære (DRG) patienter, men i daglig tale bruges DRG om begge grupperinger.

Priser for ydelser under sygesikringen afspejler det honorar, som lægen mv. får for de enkelte ydelser, dvs. overordnet set sygesikringens tilskud. For de fleste ydelser fra de almene læger og speciallæger vil der til gruppe-1-sikrede normalt ikke være tale om nogen egenbetaling. Oplysningerne herom fremgår af registrene.

Arbejdsmarked

Nedenfor ses en tabel over, hvilke DREAM-koder der bruges i hver af de brugte kategorier. Dagpenge indeholder også ferieledighed, barselsdagpenge, efterløn, rotationsvikarer, servicejob og jobafklaring.

Bilagstabel 6.1 Oversigt over DREAM-koder brugt i SØM i kategoriseringen af indkomstoverførsler

Kategorier brugt i SØM	Ydelser generelt beskrevet
Kontanthjælp	Kontanthjælp (710, 713, 714, 717, 718, 719, 730, 731, 732, 733, 734, 737, 738, 739, 130, 131, 132, 133, 134, 137, 138, 139)
Førtidspension	Førtidspension (781, 783)
Uddannelseshjælp	Uddannelseshjælp (140, 143, 144, 147, 148, 149, 720, 723, 724, 727, 728, 729, 521)
Øvrige indkomstoverførsler	Dagpenge (111, 112, 113, 211, 212, 213, 214, 217, 218, 299, 231, 232, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 881, 621, 522, 511), revalidering (750, 752, 753, 754, 757, 758, 760, 762, 763, 764, 767, 768), sygedagpenge og fleksydelse (890, 892, 893, 894, 897, 898, 899), fleksjob (771, 772, 773, 774, 622), ledighedsydelse (740, 741, 742, 743, 744, 747, 748), førtidspension (783, 781), ressourceforløb (784, 810, 813, 814, 817, 818), midlertidig arbejdsmarkedsydelse (152), løntilskud (215, 216, 135, 136, 145, 146, 715, 716, 725, 726, 735, 736, 745, 746, 755, 756, 765, 766, 815, 816, 875, 876, 895, 986), folkepension (998)
SU	SU (651, 652, 661)
Vejledning og opkvalificering (VOP)	VOP (131, 133, 134, 143, 144, 211, 213, 214, 703, 704, 713, 714, 723, 724, 731, 733, 734, 741, 743, 744, 753, 754, 763, 764, 813, 814, 873, 874, 893, 894)

Enhedsprisen for at være i beskæftigelse er lønindkomsten. Vi benytter lønindkomstvariablen (AJO_SMALT_LOENBELOE) fra Danmarks Statistik for beskæftigelse for lønmodtagere (BFL), som belyser lønmodtageres fuldtidsbeskæftigelse på kvartalsbasis og bygger på indkomstoplysninger indberettet til SKATs Indkomstregister. Lønbeløbet omfatter lønindkomst uden ATP-bidrag og personalegoder. Antal dage i beskæftigelse er beregnet som forskellen mellem start- og slutdatoen for det pågældende job (AJO_JOB_SLUT_DATO og AJO_JOB_START_DATO). For hver person summeres lønindkomsten og antallet af dage i beskæftigelse inden for et år.

En række ydelser med få modtagere indgår ikke i Jobinvestering (KORA, 2017). For disse ydelser har vi tildelt den pris, der bedst approksimerer ydelsens niveau²¹. Ydelserne er blevet tildelt priser, som følger (DREAM-koder i parentes):

- Ferieleddighed (121-126): Dagpenge
- Barselsdagpenge (881): Dagpenge
- Skånejob (781,782): Førtilspension
- Efterløn (621): Dagpenge
- Rotationsvikarer (522): Dagpenge
- Voksenlærling (521): Uddannelseshjælp
- Servicejob (511): Dagpenge
- Fleksydelse (622): Fleksjob
- Særlig uddannelsesyndelse (151): Kontanthjælp
- Jobafklaring (785): Kontanthjælp

²¹ Gennemsnittet er et vægtet gennemsnit. Vægtene er andel på en given ydelse. Flere ydelser er lagt sammen under Dagpenge.

Refusion for særligt dyre enkeltsager på socialområdet

Beregningen af statsrefusionens andel af de samlede udgifter på funktionen er opgjort for følgende funktioner:

Statsrefusion	Samlede udgifter
05.22.07.006 Refusion vedr. funktion 5.32.32	05.32.32 Pleje og omsorg mv. af ældre og handicappede
05.22.07.007 Refusion vedr. funktion 5.32.33	05.32.33 Forebyggende indsats for ældre og handicappede
05.22.07.013 Refusion vedr. funktion 5.38.50	05.38.50 Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)
05.22.07.014 Refusion vedr. funktion 5.38.52	05.38.52 Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)
05.22.07.015 Refusion vedr. funktion 5.38.53	05.38.53 Kontaktperson- og ledsageordninger (§§ 45, 97-99)
05.22.07.016 Refusion vedr. funktion 5.38.58	05.38.58 Beskyttet beskæftigelse (§ 103)
05.22.07.017 Refusion vedr. funktion 5.38.59	05.38.59 Aktivitets- og samværstilbud (§ 104)
05.22.07.012 Refusion vedr. funktion 5.38.45	05.38.45 Behandling af stofmisbrugere (servicelovens § 101 og sundhedslovens § 142)

Kun for to funktioner udgjorde statsrefusionen mere end 2 %, nemlig:

Pris	%-sats	Beregningsmetode	Datakilde
Botilbud til længerevarende ophold (§ 108)	4,7 % statslig refusion	%-andel, som kommunernes samlede udgifter på funktion 5.22.07.013 udgør af de samlede udgifter på funktion 5.38.50.	Danmarks Statistik, kommunernes regnskaber 2014, funktion 5.22.07.013 og funktion 5.38.50
Botilbud til midlertidigt ophold (§ 107)	4,4 % statslig refusion	%-andel, som kommunernes samlede udgifter på funktion 5.22.07.014 udgør af de samlede udgifter på funktion 5.38.52.	Danmarks Statistik, kommunernes regnskaber 2014, funktion 5.22.07.014 og funktion 5.38.52

Bilag 7 Teknisk bilag vedrørende effektstørrelser i vidensdatabasen

Følgende er bl.a. baseret på metoderne anvendt af Washington State Institute for Public Policy's tekniske manual (vrs. May 2017²²), hvortil der er angivet sidetalsreferencer.

Effektstørrelse i databasen er opgjort ved Cohen's d (p. 14):

$$ES = d = \frac{M_1 - M_0}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_0 - 1)s_0^2}{n_1 + n_0 - 2}}}$$

Her er M_1 gennemsnitlige udfald efter endt behandling i indsatsgruppen og M_0 ditto for kontrolgruppe. Tilsvarende er s_1^2 variansen på udfaldet i indsatsgruppen, og n_1 antal observationer i indsatsgruppen (og tilsvarende for kontrolgruppe med index 0).

Variansen på effektstørrelsen er beregnet (så der er mulighed for at bruge det i en usikkerhedsberegning), hvis den ikke er angivet i studiet:

$$Var(ES) = \frac{N_1 + N_0}{N_1 N_0} + \frac{ES^2}{2(N_1 + N_0)}$$

Hvis varianserne ikke er opgjort opdelt på indsats og kontrol som ovenfor, er variansen i det poolede data (kontrol og indsats) anvendt.

- Når M er en binær hændelse og der ikke er variansestimater er den beregnet som $P(1-P)$, hvor $P = P(M=1)$.
- I nogle tilfælde er ES beregnet pba. t-test:

$$ES = t \sqrt{\frac{N_1 + N_0}{N_1 N_0}}$$

Vi korrigerer for lille stikprøvestørrelse, når den er mindre end 20 (p. 16):

$$ES^* = \left(1 - \frac{3}{4n - 9}\right) ES$$

Vi har i udgangspunktet *ikke* brugt forskellige formler for dikotome og kontinuerte udfald, som man gør i WSIPP. Dette valg er truffet for at lette omregningen til økonomiske konsekvenser og for at have så få udfald som muligt. Andre formler er derfor kun anvendt, når det ikke har været muligt at beregne ES givet ved Cohens d. Det er fx tilfældet, hvis kun en estimeret Odds-ratio angives eller andre relative effektstørrelser. I disse tilfælde angiver vi de alternative effektstørrelser. Det drejer sig om:

- Relativ risiko for binære hændelser (indsats/kontrol)
- Odds-ratio
- Cox-transformed odds-ratio
- Mean difference.

²² Nyeste version findes her: <http://www.wsipp.wa.gov/TechnicalDocumentation/WsippBenefitCostTechnicalDocumentation.pdf>

De alternative effektstørrelser omregnes ikke til succesrater, fordi de ikke kan sammenlignes, men informationen findes under effekter i vidensdatabasen under det enkelte studie. Ingen af de alternative effektstørrelser indgår derfor i den primære brugerfladedel af SØM, hvor effektstørrelse vises sammen med succesrater.

Vi har opgjort effektstørrelser for flere udfald, hvis der er målt på flere. Hvis der er målt på mange lignende, er et udvalg valgt, enten så de viser, hvad forfatterne har beskrevet som de væsentligste, eller så de så vidt muligt repræsenterer de fund, der er gjort. Men informationen er ordnet i vidensdatabasen, så den – efter vores vurdering – primære effekt kommer først.

Bilag 8 Teknisk bilag vedrørende beregning af økonomisk konsekvens

Her beskrives kortfattet den metode, der anvendes til at beregne de økonomiske konsekvenser af en given indsats. Den økonomiske konsekvens af en given indsats, I , er summen af tilbagediskonterede nettoudgifter over alle aktiviteter, Y , der påvirkes over relevant tidshorisont, T :

$$B = \sum_{s=1}^T \frac{\sum_{j=1}^J p_{js} \frac{\partial Y_{js}}{\partial I}}{(1+r)^s}$$

Her er p enhedspriserne på de relevante aktiviteter i relevante kalenderår, mens r er en relevant diskonteringsfaktor. Dette bilag beskriver, hvordan de afledte konsekvenser (dY/dI) beregnes.

Logikken i beregningerne følger metoden anvendt af Washington State Institute for Public Policy. Problemstillingen er, at vi har oplysninger om effekter på primære effektmål, men ikke på de afledte konsekvenser:



Det kan fx være, at en social indsats for voksne med psykiske lidelser har en dokumenteret effekt på deres mentale helbred. Den grundlæggende antagelse i modellen, inspireret af WSIPP²³, er følgende: når en indsats påvirker det primære effektmål, og det kan vises, at effektmålet har en sammenhæng med aktivitet Y , så vil indsatsen påvirke aktivitet Y :

$$I \rightarrow E, E \rightarrow Y \Rightarrow I \rightarrow Y$$

De afledte konsekvenser sammenstykkes derfor fra to kilder: Første led fra studier af effekten af indsatsen I på E og andet led af studier af sammenhængen mellem E og Y . Det er de sidste typer af studier, der kaldes "link"-studier, fordi de etablerer en sammenhæng (et link) mellem E (og dermed I) og Y . WSIPP indsamler kvantitative studier for begge typer studier. Det er typisk langt sværere at fastslå en kausal sammenhæng i studierne i andet led, fordi primære udfald for borgerne, E , ikke kan randomiseres eller undersøges i naturlige eksperimenter. Derudover er disse studier ofte mere landespecifikke, fordi udfaldsmålet af naturlige årsager kun måler på tilgængelige konsekvenser i et givent land. Af disse årsager, og at der ikke i forvejen findes danske linkage-studier, har vi valgt at udføre danske registerbaserede studier. Udfordringen for disse analyser er, at vi ikke observerer de primære effektmål. I stedet finder vi en proxy'er for en primær effekt for hver målgruppe (se afsnit 4.2). For voksne med psykiske lidelser gøres det fx ved en indikator for at undgå kontakt med psykiatriske afdelinger året efter, de indgår i målgruppen af personer med psykiske lidelser.

Hvis T er en proxy-indikator for en effekt af indsatsen og Y_j er den j 'te aktivitet, estimerer vi følgende modeller vha. OLS estimatoren:

²³ Se side 12 i WSIPP-manualen, <http://www.wsipp.wa.gov/TechnicalDocumentation/WsippBenefitCostTechnicalDocumentation.pdf>.

$$Y_{jit+s} = \alpha + \beta_s T_{it} + \pi X_{it} + \rho Y_{jit} + \delta_t + \varepsilon_{it+s}$$

Det er β_s der angiver den sammenhæng, vi er interesseret i. X er en generisk liste af kontrolvariabler: køn, alder, kalenderår, indvandrere, efterkommer, vestlig eller ikke-vestlig oprindelse, socio-økonomisk status året inden (LØNMODTAGER, ARBEJDSLØS, DAGPENGE, ANDRE OVERFØRSLER, ANDRE) uddannelse (GYMNASIAL, ERHVERVSFAGLIG, VIDEREGÅENDE), antal børn, samboende, og endelig angiver Y_t baselineniveauet for den j'te aktivitet. Modellen estimeres for given s, men ved at lade udgangsår variere, så vi kan kontrollere for en kalendereffekt δ_t (en undtagelse herfor er det sociale område, hvor brugbare data kun er tilgængeligt i to år).

For at opgøre budet på de økonomiske konsekvenser af effekten af en indsats, I, anvender vi, at denne kan skrives som produktet af effekten, der går gennem T:

$$\frac{\Delta Y_{j1}}{\Delta I} = \frac{\Delta Y_{j1}}{\Delta T} * \frac{\Delta T}{\Delta I}$$

Disse to kan opgøres ved en kobling af de to kilder:

- Effektstørrelser fra effektstudier, ES.
- Konsekvenser: register-sammenhænge mellem proxy T og aktiviteter.

Begge dele kan også indtastes frit af brugeren, hvis det ønskes.

Vi antager nu, at effektstørrelsen på proxy-gruppen svarer til effektstørrelsen på den direkte effekt. Dermed haves et år efter indsats:

$$\frac{\Delta Y_{j1}}{\Delta I} = \frac{\Delta Y_{j1}}{\Delta T} * \frac{\Delta T}{\Delta I} = \beta_{j1} * (T_1 - T_0) = \beta_{j1} * \frac{T_1 - T_0}{\sigma_T} \sigma_T \cong \beta_{j1} * ES \sigma_T$$

Hvor σ_T er den poolede standardafvigelse på proxy-variablen i udgangsåret. Sidste del af udtrykket, hvor effektstørrelsen fra databasen multipliceres med standardafvigelsen på proxy-variablen er et estimat for ændringen i proxy-variablen som følge af indsatsen. Da proxy-variablen er en dummy, vil ændringen være en rate og angiver derfor en forskel i procentpoint og dermed et udtryk for interventionens succesrate. SØM giver brugeren mulighed for at indtaste information om effekten både som effektstørrelse (ES) og succesrate (ES* σ).

Vi kan ikke opgøre et solidt bud på effektstørrelser ud over et år, fordi der er få estimater. Vi lader derfor registersammenhængen bestemme effekterne over tid:

$$\frac{\Delta Y_{js}}{\Delta I} = \beta_{js} * ES \sigma_{T,s} > 1$$

Dernæst multipliceres med enhedspris, og der summeres over aktiviteter. Det gøres for alle år, og der tilbagediskonteres med diskonteringsraten, r, så den endelige økonomiske konsekvens er:

$$B = \sigma_T ES \sum_{s=1}^T \frac{\sum_{j=1}^J p_{js} \beta_{js}}{(1+r)^s}$$

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD