

Til  
**Social- og Integrationsministeriet**

Dokumenttype  
**Rapport**

Dato  
**Januar 2013**

# **ANALYSE AF KAPACITETEN I DEN KOMMUNALE INDSATS OVER FOR MENNESKER MED PSYKISKE VAN- SKELIGHEDER**

## **RAPPORT**



## INDHOLD

<b>1.</b>	<b>Hovedlinjer i kapacitetsudnyttelsen i den kommunale indsats</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Indledning</b>	<b>12</b>
2.1	Baggrund og indhold	12
2.2	Læsevejledning	12
2.3	Metodisk tilgang og analysedesign	13
2.4	Afgrænsninger og definitioner	15
<b>3.</b>	<b>Styringspraksis og tendenser</b>	<b>19</b>
<b>4.</b>	<b>Børn og unge med psykiske vanskeligheder</b>	<b>24</b>
4.1	Tilbud til udsatte børn og unge	25
4.2	Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)	50
4.3	Optimering af processer	66
4.4	Barrierer og muligheder	67
4.5	Potentialer	77
4.6	Den samlede kapacitet til børn og unge	85
<b>5.</b>	<b>Voksne med psykiske vanskeligheder</b>	<b>88</b>
5.1	Økonomi	91
5.2	Personale	103
5.3	Aktivitet	107
5.4	Pladser	112
5.5	Kapacitetsudnyttelse	116
5.6	Barrierer og muligheder	120
5.7	Potentialer	127
5.8	Den samlede kapacitet til voksne	134

# 1. HOVEDLINJER I KAPACITUSDNYTTELSEN I DEN KOMMUNALE INDSATS

Rambøll har for Social- og Integrationsministeriet gennemført en kapacitetsanalyse af kommunerens indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder. Formålet har været at kortlægge den eksisterende økonomi, kapacitet og aktivitet, at kortlægge muligheder og barrierer for at opnå bedre og mere effektiv kapacitetsudnyttelse og at vurdere mulighederne for at optimere kapaciteten.

Analysen er gennemført for børn- og ungeområdet (herunder PPR) og for voksenområdet hver for sig, da disse to områder på en række områder, herunder organisation, fagligt fokus, lovgrundlag og tilgængeligt datagrundlag adskiller sig væsentligt fra hinanden.

For begge områder i analysen gælder, at analysen og de konklusioner, som kan uddrages, skal tage højde for den usikkerhed, som vedrører kvaliteten af det tilgængelige datagrundlag. På voksenområdet, men især på børn- og ungeområdet, er der således i en række tilfælde tale om data, som er baserede på skøn. Det skyldes, at der ikke findes centrale data for alle relevante oplysninger om målgruppen af mennesker med psykiske vanskeligheder. Derfor har det været nødvendigt at supplere med indsamlede data fra kommunerne, hvor det inden for den korte tidsfrist, som analysen har krævet, ikke i alle kommuner har været muligt at fremskaffe de efterspurte oplysninger.

Analysen viser en række markante træk ved den kommunale indsats over for personer med psykiske vanskeligheder og udviklingen heri de senere år. Således er udgifterne til området de seneste to år (2010 og 2011) faldet, hvilket er atypisk set i forhold til både den historiske udvikling på dette område og i forhold til udgiftsudviklingen på det sociale område i almindelighed.

Tabel 1-1 viser en oversigt over nøgletal for kommunernes indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder:

**Tabel 1-1: Oversigt over kapaciteten i kommunernes indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder**

	Niveau i 2011	Udvikling fra 2007-2011
<b>Børn og unge</b>		
<b>Udgifter (mia. kr.)</b>	6,3 mia. kr.	4 %
<b>Personale (årsværk)</b>	4.800 årsværk <sup>1</sup>	1 %
<b>Pladser (antal)</b>	5.500 pladser	9 %
<b>Aktivitet (forløb)</b>		
<i>Forebyggende foranstaltninger</i>	3.900	12 %
<i>Familierettede forebyggende foranstaltninger</i>	9.100	1 %
<i>Anbringelser</i>	1.500	-26 %
<b>PPR</b>		
<b>Udgifter (mia. kr.)</b>	0,4 mia. kr.	5 %
<b>Aktivitet (henvendelser og vurderinger)</b>		
<i>Henvendelser</i>	20.000 henvendelser	
<i>Vurderinger</i>	11.500 vurderinger	
<b>Voksne</b>		
<b>Udgifter (mia. kr.)</b>	5,8 mia. kr.	14 %
<b>Personale (årsværk)</b>	8.900 årsværk	15 %
<b>Pladser (antal)</b>		
<i>Dagpladser</i>	16.100	13 %
<i>Døgnpladser</i>	7.600 <sup>2</sup>	-
<b>Aktivitet (forløb)</b>	32.800 forløb	37 %
<i>Personlig støtte</i>	18.600 forløb	65 %
<i>Dagtilbud</i>	10.000 forløb	19 %
<i>Botilbud</i>	4.200 forløb	1 %

Kilde: Statistikbanken, Tilbudsportalen, Anbringelsesstatistikken, FLD-data, oplysninger fra kommunerne og egne beregninger

Samlet set anvendes der i 2011 13,3 mia.kr. på den kommunale indsats over for personer med psykiske vanskeligheder<sup>3</sup>. Heraf vedrører 6,7 mia. kr. børn- og ungeområdet (herunder PPR) og 5,8 mia. kr. voksenområdet. Dertil skal lægges kommunernes udgifter til medfinansiering i den regionale psykiatri, som er på 0,7 mia. kr. på voksenområdet og 0,1 mia. kr. på børn- og ungeområdet. Det er et udgiftsniveau der, når man tager højde for pris- og lønudviklingen, kun har ændret sig i begrænset omfang i den analyserede periode (2007-2011).

Analysen viser, at strukturen i den kommunale ressourceanvendelse er under forandring. Eksempelvis bliver ressourceanvendelsen til de forebyggende og opsøgende indsatser opprioriteret set i forhold til de øvrige indsatser på børn- og ungeområdet. Et andet eksempel herpå vedrører ressourceindsatsen på botilbud på voksenområdet efter §§ 107 og 108, som udgør en faldende andel af den kommunale ressourceindsats. Således blev 60 pct. af ressourcerne til voksne i 2011 anvendt på denne type af tilbud, mens den tilsvarende andel i 2007 udgjorde 68 pct. Til gengæld bruges en stigende andel af ressourcerne på socialpædagogisk støtte (efter servicelovens § 85), hvor aktiviteten er næsten fordoblet fra 2007-2011.

Dette billede genfindes også, når udviklingen i aktivitet og pladser analyseres. Selvom kapaciteten har været nogenlunde stabil fra 2007-2011, er der sket væsentlige strukturelle omlægninger. Kommunerne omlægger således i stigende grad fra længerevarende døgntilbud til forebyggelse og støtte i familien og eget hjem. På børn- og ungeområdet er antallet af nyanbringelser faldet med 30 pct. fra 2007-2011,

<sup>1</sup> En stor del af personalet i indsatsen på anbringelsesområdet (herunder plejefamilier og personale på private og regionale opholdssteder) er ikke kommunalt aflønnet og vil derfor ikke fremgå af opgørelsen, der stammer fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD)

<sup>2</sup> Antallet af døgnpladser er taget fra KREVI (2012). *Botilbudsområdet – Hvem, Hvad, Hvor. Kortlægning af området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende*, hvor pladsangivelser fra Tilbudsportalen er valideret gennem en proces med spørgeskema og mails til kommuner og regioner samt en opfølgende rundringning til botilbud.

<sup>3</sup> Området dækker indsatser til udsatte børn og unge (efter serviceloven) PPR og indsatser til voksen-handicapområdet (efter serviceloven). Området omfatter både forebyggende og støttende tiltag og døgntilbud som døgninstitutioner på børn- og ungeområdet og botilbud på voksenområdet.

mens antallet af forebyggende foranstaltninger er steget med 12 pct. På voksenområdet er aktiviteten på de længerevarende botilbud faldet med 5 pct. mens aktiviteten i den socialpædagogisk støtte (§ 85) er steget med næsten 100 pct. fra 2007-2011.

Der er en samlet kapacitet i antallet af døgnpladser til børn og unge med psykiske vanskeligheder på omkring 5.500 pladser i 2011. På voksenområdet er kapaciteten omkring 16.000 i dagtilbud (væresteder og beskyttet beskæftigelse) og 7.600 pladser i botilbud i 2011. Omkring 25 pct. af pladserne drives af private leverandører, mens regionerne driver omkring 9 pct. af botilbuddene og en mindre del af dagtilbud og døgninstitutioner. Det er dog ikke alle pladserne på disse tilbud, der udelukkende henvender sig til borgere med psykiske vanskeligheder.

Udviklingen kan ses som udtryk for en tendens i kommunerne, hvor man i stigende grad arbejder med fleksible tilbud, mindre indgribende foranstaltninger og et øget fokus på udvikling frem for omsorg. En sådan tilgang er væsentlig mere krævende at administrere og stiller fagligt større krav om psykologfaglig indsigt, så der løbende er mulighed for at tilpasse indsatsen til behovet.

Rambøll skønner, at kommunerne har omkring 4.800 årsværk i sociale tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder og omkring 1.200 årsværk i PPR-regi til målgruppen. Rambøll skønner, at kommunerne har ansat omkring 8.900 personaleårsværk på tilbud der beskæftiger sig med voksne med psykiske vanskeligheder, og antallet af medarbejdere er steget med ca. 15 pct. fra 2007-2011.

Analysen viser, at der ikke er tegn på, at udviklingen i personalesammensætningen understøtter det stigende fokus på recovery og målrettet indsats, der øger kravene til den psykologiske faglighed i kommunerne. Kommunerne er således fortsat i meget høj grad afhængige af kvaliteten af den faglige sparring med regionens psykiatriske eksperter på området, da kommunernes personalesammensætning fortsat er præget af personer med en pædagogisk og omsorgsfaglig baggrund, mens andelen af personalet med psykologfaglig baggrund fortsat er meget lav – og i øvrigt hovedsagelig er ansat inden for PPR.

Sammenfattende viser analysen, at der gennem investeringer i bl.a. forebyggende og mere behovsorienterede tiltag samt opbygning af især psykologfaglig kompetence i den kommunale indsats kan være mulighed for at reducere ressourceanvendelsen. Forudsætningen for, at en optimering af kapacitetsudnyttelsen kan forenes med hensynet til kvaliteten i indsatsen over for borgerne er imidlertid en fortsættelse af fx den fornødne tilpasning af den faglige psykologfaglige kapacitet i kommunerne, hvor analysen viser, at der er sket en stigning fra 2007-2011 på 65 pct. på børn- og ungeområdet, men fra et lavt niveau (fra 196 psykologer i 2007 til 324 i 2011).

### **Muligheder og barrierer for at opnå bedre og mere effektiv kapacitetsudnyttelse**

Det er en hovedkonklusion fra den kvantitative analyse af enkeltkommuner, at indsatsen både med hensyn til udgiftsniveau og sammensætningen af indsatserne er meget forskellig på tværs af kommunerne. En del af forskellene kan henføres til forskelle i kommunernes behov for indsatser, hvilket der i analysen er taget højde for ved at korrigere for en række sociale og demografiske baggrundsforhold. Hovedparten af de målte forskelle kan dog ikke forklares af disse baggrundsforhold, og skyldes således andre forhold, herunder kommunale forskelle i tilgangen til opgaveløsningen.

Analysen har ikke afdækket, i hvilket omfang den uforklarede variation i de kommunale udgiftsniveauer skyldes forskelle i kommunernes serviceniveau (kapacitetsniveau) eller forskelle i kommunernes effektivitet (kapacitetsudnyttelse). Det er derfor ikke muligt at skønne over, i hvilket omfang de målte udgiftsforskelle skal fortolkes som et muligt effektiviseringspotentiale eller et udtryk for forskelle i serviceniveauer. Rapportens potentialeberegninger skal derfor fortolkes i overensstemmelse hermed. Hertil kommer, at sådanne beregninger ikke er bedre end de data og den model, som er lagt til grund. I det omfang, data er fejlbehæftede eller usikre, eller der måtte være systematiske mangler i den statistiske model, som er anvendt, vil dette påvirke det beregnede potentiale i op- eller nedadgående retning.

Det er en hovedkonklusion fra den kvalitative analyse i 12 udvalgte case kommuner og fra det gennemførte spørgeskemaundersøgelse af kommunernes holdninger til muligheder og barrierer for en bedre kapacitetsudnyttelse, at der ikke mindst med hensyn til fokus på forebyggelse og fokus på mindre frem for mere indgribende tilbud vil være potentialer for at øge kapacitetsudnyttelsen.

Den kvantitative analyse, som er baseret på et øjeblikbillede af de kommunale udgiftsniveauer, har ikke kunnet bekræfte en sådan sammenhæng mellem kommunernes fokus på forebyggelse og deres samlede udgiftsniveau. Den manglende kobling skal dog ses i lyset af, at udgiftsvirkningerne af en sådan omlægning først kan forventes at vise sig med fuld styrke over en længere tidshorisont.

Rapportens analyse af mulighederne for at øge kapacitetsudnyttelsen i kommunernes indsats hviler derfor på to ben – den kvalitative analyse, som baseres på kommunernes egne tilkendegivelser – som de er fremkommet i forbindelse med Rambølls spørgeskemaundersøgelse af holdninger til muligheder og barrierer for øget kapacitetsudnyttelse samt kortlægningen af praksis i udvalgte case kommuner – og en kvantitativ analyse baseret på målte forskelle i udgiftsniveauer på tværs af kommuner. Tilsammen peger de to analyser på, at der er en række muligheder for at opnå forbedringer.

Kommunernes egne bud på muligheder og barrierer for en forbedret kapacitetsudnyttelse bidrager således med konkret inspiration til, hvordan der kan opnås forbedringer, herunder bl.a.:

- Kommunerne ser betydelige muligheder for i stigende grad at arbejde med **fleksible tilbud**, der i større udstrækning kan håndtere skiftende behov og mere individuelt kan tilpasses den enkeltes behov. Samtidigt anvendes længerevarende døgntilbud til både børn og voksne mindre, da man søger at frigøre den kapacitet, der er bundet i de langstrakte forløb. Over 50 pct. af kommunerne ser store potentialer i at øge fleksibilitet i tilbudsviften på voksenområdet og øget inklusion på børn- og ungeområdet. Det er her afgørende for de opnåede resultater, at sådanne ændringer ikke fører til en udvanding af den faglige indsats over for målgruppen, men til en øget differentiering/behovsorientering. På voksenområdet dækker udviklingen bl.a. over en øget anvendelse af kommunale akutfunktioner og øget socialpædagogisk støtte, der sikrer at flere kan blive i eget hjem, samt en tættere dialog mellem myndighed og leverandør der sikrer en mere løbende tilpasning af ydelser. En af barriererne i bestræbelserne på at skabe mere fleksible tilbud og et større flow på tværs af de kommunale tilbud er, at indskud og husleje, som skal betales i de tilgængelige boliger, ofte er på et niveau, som ikke er foreneligt med niveauet for den overførselsindkomst, der som hovedregel er eneste forsørgelsesgrundlag for de pågældende personer. På børn- og ungeområdet handler fleksibiliteten om et øget fokus på tidlig opsporing og inklusion i de almene tilbud, således der er mindre behov for specialiseret (ikke-fleksibel) støtte. Igen er det her en afgørende forudsætning for at opnå de ønskede resultater, at sådanne omlægninger leder til en øget behovsorientering og ikke til en faglig udvanding af tilbuddene over for målgruppen.
- Kommunerne ser væsentlige muligheder i at bevæge sig fra et **omsorgsfokus** til et **udviklingsfokus** i indsatsen. Omlægningen er i gang og dækker over en mere udviklende tilgang til borgerne – frem for længerevarende tilbud, der primært har et omsorgsfokus. På børn- og ungeområdet ses denne udvikling med et betydeligt større fokus på inklusion i det almene system og et øget ressourcefokus til børn og unges egne ressourcer. Det gælder også implementering af inklusion i dagtilbud og folkeskolen. På voksenområdet arbejder flere og flere med et recovery-fokus, hvor man har fokus på at skabe muligheder for at borgerne "kan komme sig" over sine psykiske vanskeligheder – og at de kommunale tilbud skal understøtte denne udvikling. Denne udvikling kræver ligeledes en omstilling af medarbejderens kompetencer og den generelle tilbudsvifte, der skal kunne understøtte borgerens udviklingsproces.
- Omkring hver fjerde kommune ser store barrierer i forhold til samarbejdet med den regionale psykiatri. Kommunerne beskriver bl.a., at en betydelig del af udfordringerne er forbundet med forventningsafstemningen til, hvilket kommunalt støttetilbud en borger skal modtage efter indsatsen i den

regionale psykiatri. I flere af kommunerne oplever man en **manglende forståelse for kommunernes visitationskompetence** og for det øgede strategiske fokus på at give mindre indgribende tilbud. Det giver nogle udfordringer i arbejdet med borgeren evt. pårørende, som oplever at få modstridende udmeldinger om, hvad der er et dækkende tilbud. Derudover giver man i flere kommuner på både børn- og ungeområdet og på voksenområdet udtryk for, at der er **sket en opgaveglidning**, i og med den regionale psykiatri udskriver flere og har nedbragt tiden for indlæggelser markant. Registerdata fra den regionale psykiatri giver ingen direkte mulighed for at sige noget om udviklingen i kommunernes opgavebyrde, men lige som det blev konkluderet i DSI's kortlægning af opgaveudviklingen på psykiatriområdet, så understøtter tendensen med reducere i indlæggelsestid kombineret med stigning i ambulans aktivitet kommunernes oplevelse af, at de har fået ansvar for flere borgere med større behov<sup>4</sup>

- Det udgør en barriere, at kommunernes administrative styringsgrundlag i dag er mangelfuldt i forhold til at opføre den samlede kapacitet på området for børn og voksne med psykiske vanskeligheder. Det skyldes på børn- og ungeområdet særligt, at man arbejder ud fra en bredere tilgang til børn og unge, hvor man ikke opdeler i specifikke målgrupper men ser barnets situation i sammenhæng med familie, skoleforhold mv. På voksenområdet opgøres en række områder ligeledes oftest for en bredere målgruppe på det sociale område (oftest sammen med handicapområdet). Det administrative styringsgrundlag er dog under kraftig udvikling – særligt med digitaliseringen af socialområdet og et øget fokus på effektstyring i kommunerne og det forventes derfor, at kommunernes grundlag vil være væsentligt forbedret inden for en kort årrække.

Den kvalitative analyse af potentialet for at øge kapacitetsudnyttelsen har taget afsæt i de målte forskelle mellem kommunerne med hensyn til udgifter, aktivitet og personale til borgere med psykiske vanskeligheder. Disse forskelle kan iagttages på både børn- og ungeområdet og på voksenområdet og kan ikke udelukkende henføres til forskelle i kommunernes sociale eller demografiske rammevilkår.

De målte udgiftsforskelle er således på hver af de to områder søgt korrigeret for betydningen af forskellige baggrundsforhold, eksempelvis sociale forhold eller demografisk sammensætning ved hjælp af en statistisk model, der giver mulighed for både at vurdere betydningen af konkrete baggrundsforhold (signifikans) og af, hvor meget sådanne faktorer samlet set kan bidrage til at forklare forskelle i udgiftsniveauer. Rambøll har i analysen lagt særlig vægt på at identificere den generelle betydning af baggrundsforhold samlet set, da analysens fokus især har været rettet mod at identificere, hvilken del af den kommunale udgiftsvariation som *ikke* kan henføres til sådanne baggrundsforhold<sup>5</sup>.

På børn- og ungeområdet har analysen vist, at disse baggrundsforhold i højere grad end på voksenområdet har betydning for de målte forskelle i de kommunale udgiftsniveauer. Det er således særligt på børn- og ungeområdet, at analyserne af udgiftsvariationer er følsomme over for betydningen af disse baggrundsforhold.

Det er også undersøgt, i hvilket omfang forskellene i udgiftsniveauer kan henføres til variationer i en række konkrete indikatorer, der beskriver kommunernes tilgang til udfordringerne på henholdsvis børn- og ungeområdet og på voksenområdet. Dette har til formål at afdække, i hvilket omfang der er statistisk belæg for at komme med konkrete anvisninger på, hvor og hvordan de beregnede potentialer for udgiftstilpasning vil kunne realiseres.

Igen er mulighederne herfor større på børn- og ungeområdet end på voksenområdet. Når der korrigeres for betydningen af baggrundsforhold, jf. ovenfor, er det på børn- og ungeområdet således især forskelle i anbringelsesfrekvenser og i mindre grad forskelle i udgifter til brug af familiebehandling, som har be-

<sup>4</sup> DSI (2011). *Opgaveudvikling på psykiatriområdet* (s. 26).

<sup>5</sup> Det er Rambølls vurdering, at størrelsesordenen af den uforklarede variation på både børn- og ungeområdet og på voksenområdet ikke ændrer sig mærkbart ved inddragelse af forskellige andre baggrundsforhold, som Rambøll har haft mulighed for at teste inden for rammerne af denne analyse.

tydning for de kommunale udgiftsniveauer. På voksenområdet er der ikke identificeret tilsvarende faktorer med en statistisk signifikant betydning for udgiftsniveauerne.

På børn- og ungeområdet har analysen af de kommunale udgiftsforskelle afdækket et potentiale for udgiftstilpasning i form af en udgiftsvariation, som kan estimeres til 679 mio. kr. Analysen giver ikke grundlag for at fastslå, i hvilket omfang udgiftsvariationen er udtryk for et effektiviseringspotentiale eller for forskelle i serviceniveau og kvalitet mellem kommunerne. Beregningsteknisk er potentialet for udgiftstilpasning fremkommet ved at opgøre betydningen for de samlede udgifter af, at kommuner med højere udgiftsniveauer end forventet, givet de forskellige baggrundsforhold, nedbringer deres udgifter til det niveau, deres baggrundsforhold skulle tilsige. Af dette potentiale vil 237 mio. kr. kunne realiseres, ved at kommuner med høje anbringelsesfrekvenser nedbringer frekvensen til det niveau, der svarer til gennemsnittet af de øvrige kommuner. Den statistiske analyse viser, at en lavere anbringelsesfrekvens hænger sammen med øgede udgifter til forebyggende foranstaltninger. Det ses ved, at et fald i anbringelser fører til et fald i de samlede udgifter, der er mindre end enhedsomkostningen til anbringelser. Det kan tolkes på den måde, at kommuner med færre anbringelser i højere grad bruger forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelser.

Der er desuden foretaget en særskilt analyse af taksterne på børn- og ungeområdet, hvor der i kommunerne på tværs af regionerne er konstateret væsentlige forskelle og dermed potentiale for forbedret kapacitetsudnyttelse. Der vil således beregningsteknisk kunne anvises et potentiale i størrelsesordenen 163 mio. kr. ved en harmonisering af takstniveauerne, så regioner med et højere generelt takstniveau nedbringes til gennemsnitsniveauet. Analysen giver ikke belæg for at anvise, hvordan den resterende del af potentialet for udgiftstilpasning, svarende til 279 mio. kr. kan realiseres, herunder heller ikke, i hvilket omfang dette i givet fald vil kunne nås i praksis gennem effektiviseringer eller vil kræve service-reduktioner i de pågældende kommuner.

På voksenområdet har analysen af de kommunale udgiftsforskelle afdækket et potentiale for udgiftstilpasning i form af en uforklaret udgiftsvariation, som kan estimeres til 290 mio. kr. Analysen giver ikke grundlag for at fastslå, i hvilket omfang udgiftsvariationen er udtryk for et effektiviseringspotentiale eller for forskelle i serviceniveau og kvalitet mellem kommunerne. Beregningsteknisk er beløbet også her fremkommet ved at opgøre betydningen for de samlede udgifter af, at kommuner med højere udgiftsniveauer end forventet, givet de forskellige baggrundsforhold, nedbringer deres udgifter til det niveau, deres baggrundsforhold skulle tilsige. Af dette potentiale skønnes 277 mio. kr. at kunne realiseres ved en harmonisering af takstniveauerne, så dyre takster nedbringes til gennemsnitsniveauet. Analysen giver ikke belæg for at anvise, hvordan den resterende del af potentialet for udgiftstilpasning bedst realiseres eller for at skønne over, i hvilket omfang dette i givet fald vil kunne nås i praksis gennem effektiviseringer eller vil kræve servicereduktioner i de pågældende kommuner.

Potentialeberegningerne er som tidligere nævnt forbundet med usikkerhed, som dels kan henføres til måleproblemer/tilfældige udsving i data samt til risikoen for, at den statistiske model er fejlbehæftet og har udeladt en eller flere faktorer, der systematisk har betydning for de kommunale udgiftsniveauer. For at tage højde for denne usikkerhed er de estimerede potentialer dels opgjort på baggrund af data for gennemsnittet af de tre seneste år i analysen (2009-2011), ligesom en lang række af alternative variable er testet for eventuel forklaringskraft.

Beregningerne kan kvalificeres ved at inddrage erfaringerne fra de gennemførte casestudier og den gennemførte spørgeskemaundersøgelsen over kommunernes egne holdninger til barrierer og potentialer. De sidstnævnte oplysninger viser, at kommunerne vurderer, at indsatsen på børn- og ungeområdet generelt kan effektiviseres gennem bl.a. følgende tiltag:

- Øget anvendelse af evidensbaseret forebyggelse over for børn og unge
- Øget brug af psykologbistand til børn og unge med lettere eller begyndende psykiske vanskeligheder.



Analysen og erfaringerne fra en række kommuner peger på, at man generelt kan effektivisere indsatsen gennem bl.a. følgende tiltag på voksenområdet:

- Omlægning af kapaciteten fra botilbud til støtte i eget hjem med fokus på recovery
- Administrative forbedringer gennem en styrket it-understøttelse.

På de efterfølgende sider angives en række centrale nøgletal fra analysen. De tal, der fremstår med kursiv, vedrører en bredere målgruppe end kun børn, unge og voksne med psykiske vanskeligheder.

**Table 1-2: Centrale nøgletal på hele børn- og ungeområdet og for børn og unge med psykiske vanskeligheder for 2011**

	Kommuner i Region Hovedstaden	Kommuner i Region Sjælland	Kommuner i Region Syddanmark	Kommuner i Region Midtjylland	Kommuner i Region Nordjylland	Hele landet
<b>Børn og unge</b>						
<b>Økonomi</b>						
Udgifter til forb. foranstaltninger pr. 1.000 0-17-årige i mio. (kroner) *	3,5 mio.	3,4 mio.	2,8 mio.	3,0 mio.	3,0 mio.	<b>3,2 mio.</b>
Udvikling i udgifter til forb. foranstaltninger 2007-11 (Udvikling i pct.) *	0 %	7 %	15 %	15 %	0 %	<b>7 %</b>
Udgifter til anbringelser pr. 1.000 0-17-årige (kroner) *	8,0 mio.	8,3 mio.	7,4 mio.	7,0 mio.	9,3 mio.	<b>7,8 mio.</b>
Udvikling i udgifter til anbringelser 2007-11 (Udvikling i pct.) *	-6 %	6 %	-1 %	12 %	25 %	<b>4 %</b>
Udgifter til medfinansiering pr 1.000 0-17-årige (kroner)	110.798	93.009	88.724	75.190	69.918	<b>90.741</b>
Udvikling i udgifter til medfinansiering 2007-11 (Udvikling i pct.)	50 %	48 %	62 %	39 %	80 %	<b>52 %</b>
<b>Personale</b>						
Personale til forb. foranstaltninger pr. 1.000 0-17-årige (årsværk) *	2,5 årsværk	2,7 årsværk	2,6 årsværk	2,8 årsværk	2,7 årsværk	<b>2,6 årsværk</b>
Udvikling i personale til forb. foranstaltninger 2007-11 (Udvikling i pct.) *	20 %	26 %	73 %	22 %	41 %	<b>32 %</b>
Personale på døgninstitutioner, plejefamilier mv. pr. 1.000 0-17-årige (årsværk) *	5,1 årsværk	4,7 årsværk	5,1 årsværk	5,5 årsværk	6,2 årsværk	<b>5,24 årsværk</b>
Udvikling i antal årsværk til anbringelser 2007-11 (Udvikling i pct.) *	-19 %	-13 %	-16 %	5 %	7 %	<b>-9 %</b>
<b>Aktivitet</b>						
Antal forb. foranstaltninger pr. 1.000 0-17-årige (forløb) *	9,5	10,0	13,0	14,3	13,5	<b>11,9</b>
Udvikling i antal forb. foranstaltninger 2007-10 (pct.) *	-3 %	-1 %	14 %	29 %	-1 %	<b>9 %</b>
Antal fam.beh. pr. 1.000 0-17-årige (forløb) *	34,7	39,2	36,6	34,2	33,3	<b>35,5</b>
Udvikling i antal fam.beh. 2007-10 (pct.) *	-8 %	3 %	11 %	6 %	-1 %	<b>1 %</b>
Antal anbr. pr. 1.000 0-17-årige (personer)	1,05 anbragte	1,30 anbragte	1,20 anbragte	1,16 anbragte	1,64 anbragte	<b>1,21 anbragte</b>
Udvikling i anbringelser 2007-11 (pct.)	-39 %	-28 %	-29 %	-4 %	-4 %	<b>-25 %</b>
<b>Pladser</b>						
Antal pladser på opholdssteder pr 1.000 0-17-årige (pladser)	0,88	4,35	2,31	1,86	3,66	<b>2,23</b>
Udvikling i antal pladser på opholdssteder 2007-11 (pct.)	27 %	19 %	33 %	51 %	14 %	<b>27 %</b>
Antal pladser i døgninstitutioner pr. 1.000 0-17-årige (pladser)	1,84	2,24	1,77	2,56	2,20	<b>2,09</b>
Udvikling i antal pladser på døgninstitutioner 2007-11 (pct.)	-8 %	16 %	-1 %	-4 %	74 %	<b>4 %</b>

Note: De markerede tal i kursiv vedrører en bredere målgruppe end kun børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 1-3: Centrale nøgletal på hele voksenområdet og for mennesker med psykiske vanskeligheder for 2011**

	Kommuner i Region Hovedsta- den	Kommuner i Region Sjælland	Kommuner i Region Syd- danmark	Kommuner i Region Midtjylland	Kommuner i Region Nordjyl- land	Hele landet
<b>Voksne</b>						
<b>Økonomi</b>						
Udgifter til socialpædagogisk bistand og kontaktperson og ledsagerordning pr. 1.000 18-65 årige (kroner) *	1,2 mio.	1,4 mio.	1,3 mio.	2,5 mio.	1,9 mio.	<b>1,6 mio.</b>
Udvikling i udgifter til socialpædagogisk bistand og kontaktperson og ledsagerordning 2007-11 (pct.) *	43 %	60 %	31 %	170 %	131 %	<b>81 %</b>
Udgifter til dagtilbud pr 1.000 18-65 årige (kroner) *	1,0 mio.	0,9 mio.	1,0 mio.	0,9 mio.	1,1 mio.	<b>0,9 mio.</b>
Udvikling i udgifter til dagtilbud 2007-11 (pct.) *	12 %	3 %	5 %	-1 %	3 %	<b>5 %</b>
Udgifter til botilbud pr. 1.000 18-65 årige (kroner) *	4,0 mio.	3,8 mio.	3,7 mio.	3,4 mio.	3,5 mio.	<b>3,4 mio.</b>
Udvikling i udgifter til botilbud 2007-11 (pct.) *	12 %	13 %	9 %	2 %	-7 %	<b>2 %</b>
Udgifter til medfinansiering pr 1.000 18-65 årige (kroner)	258.761	189.392	204.358	163.006	181.591	<b>207.640</b>
Udvikling i udgifter til medfinansiering 2007-11 (pct.)	8 %	4 %	13 %	2 %	33 %	<b>9 %</b>
<b>Personale</b>						
Personale til socialpædagogisk bistand og kontaktperson og ledsagerordning pr 1.000 18-65 årige (årsværk) *	1,42	2,30	2,87	3,17	2,42	<b>2,35</b>
Udvikling i personale socialpædagogisk bistand og kontaktperson og ledsagerordning 2007-11 (pct.) *	54 %	60 %	74 %	90 %	-56 %	<b>31 %</b>
Personale på dagtilbud pr 1.000 18-65 årige (årsværk) *	0,99	1,88	1,84	1,71	1,90	<b>1,55</b>
Udvikling personale til dagtilbud 2007-11 (pct.) *	45 %	-5 %	28 %	17 %	-4 %	<b>15 %</b>
Personale på botilbud pr 1.000 18-65 årige (årsværk) *	5,28	6,90	6,41	3,26	6,84	<b>5,45</b>
Udvikling personale til botilbud 2007-11 (pct.) *	8 %	-7 %	35 %	-12 %	11 %	<b>7 %</b>
<b>Aktivitet</b>						
Antal socialpædagogisk bistand og kontaktperson og ledsagerordning (§§ 85,97,99) pr. 1.000 18-65 årige (forløb) *	6,12	5,96	7,13	5,08	6,18	<b>6,08</b>
Udvikling i antal forløb socialpædagogisk bistand og kontaktperson og ledsagerordning 2007-11 (pct.)*	30 %	54 %	7 %	39 %	14 %	<b>26 %</b>
Antal personer i dagtilbud pr. 1.000 18-65 årige (forløb)	2,50	2,96	3,44	2,72	3,10	<b>2,87</b>
Udvikling i personer i dagtilbud 2007-11 (pct.)	21 %	86 %	-9 %	19 %	15 %	<b>16 %</b>
Antal personer i botilbud pr. 1.000 18-65 årige (forløb)	3,12	4,15	4,34	1,83	2,56	<b>3,18</b>
Udvikling i antal personer i botilbud 2007-11 (pct.)	2 %	13 %	27 %	-2 %	-11 %	<b>8 %</b>
<b>Pladser</b>						
Antal pladser i dagtilbud pr 1.000 18-65 årige (pladser)	3,6	3,5	3,6	3,8	5,0	<b>3,8</b>
Udvikling i antal pladser på dagtilbud 2010-12 (pct.)	20 %	10 %	10 %	31 %	24 %	<b>19 %</b>
Antal pladser i døgntilbud pr 1.000 18-65 årige (pladser)	2,0	3,3	1,0	1,3	1,8	<b>2,0</b>
Udvikling i antal pladser på døgntilbud 2020-12 (pct.)	17 %	12 %	-58 %	37 %	38 %	<b>16 %</b>

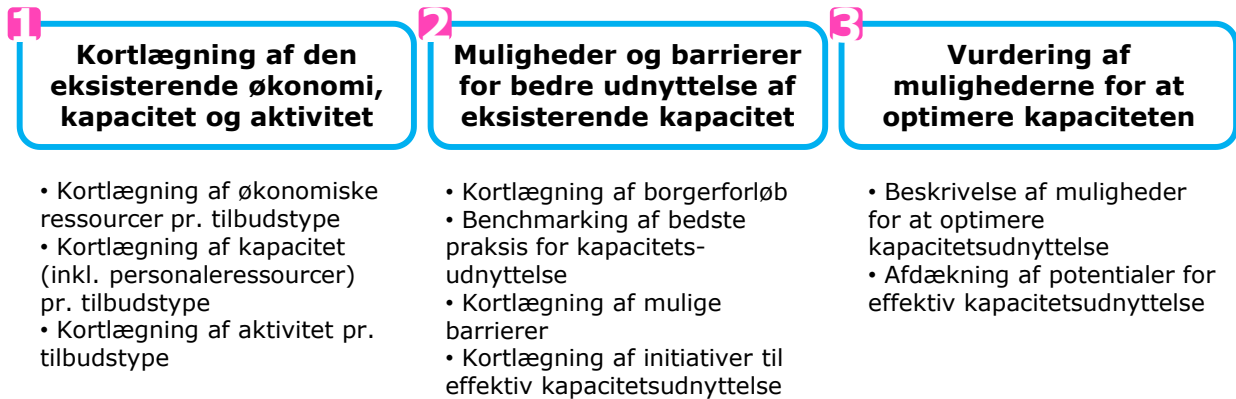
Note: De markerede tal i kursiv vedrører en bredere målgruppe end kun voksne med psykiske vanskeligheder.

## 2. INDLEDNING

### 2.1 Baggrund og indhold

Social- og Integrationsministeriet har bedt Rambøll om at foretage en analyse af kapaciteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder. Formålet med analysen er 1) at kortlægge den eksisterende økonomi, kapacitet og aktivitet, 2) at kortlægge muligheder og barrierer for at opnå bedre og mere effektiv kapacitetsudnyttelse og 3) at vurdere mulighederne for at optimere kapaciteten.

Figur 2-1: Oversigt over analysens formål



Kapacitetsanalysen, som denne rapport præsenterer hovedresultaterne af, omfatter alene det kommunale ansvarsområde for indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder. En tilsvarende kortlægning af kapaciteten i den regionale psykiatri er tidligere udarbejdet, og samspillet mellem den regionale psykiatri og indsatserne inden for det kommunale ansvarsområde vil kun i begrænset omfang blive berørt – og kun med afsæt i den kommunale praksis. Kapacitetsanalysen omfatter heller ikke indsatser over for personer med psykiske vanskeligheder på arbejdsmarkedsområdet, ligesom den ikke omhandler den del af de kommunale indsatser, der omhandler forebyggende tiltag i forhold til fremme af mental sundhed.

Analysen er gennemført inden for tidsperioden medio november 2012 til ultimo januar 2013, og grundlaget for analysen er:

- En foranalyse af eksisterende datamateriale på området samt gennemførelse af mere end 20 eksplorative interviews med kommuner, interessenter og faglige eksperter
- En kvantitativ analyse med udgangspunkt i registerdata og data indhentet gennem 3 separate spørgeskemaundersøgelser for hhv. voksenområdet, børn- og ungeområdet samt for Pædagogisk Psykologisk Rådgivning. Herudover inddrages data fra bl.a. rammeaftaler og Tilbudsportalen i analysen
- En kvalitativ kortlægning af 8 kommunernes organisering og styringspraksis
- En værdistrømsanalyse af borgerforløb i 4 kommuner
- En undersøgelse af 11 best practice-eksempler.

### 2.2 Læsevejledning

I de følgende afsnit beskrives analysens metodiske afgrænsninger. Kapitel 3 præsenterer hovedtendenser i de tværgående analyser af kommunernes nuværende praksis for kapacitetsstyring af indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder. Afsnit 4.1 og 4.2 i kapitel 4 præsenterer analysen af kapaciteten for hhv. børn og unge med psykiske vanskeligheder og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, mens analysen af kapaciteten for voksne med psykiske vanskeligheder præsenteres i kapitel 5.

## 2.3 Metodisk tilgang og analysedesign

Afsnittet præsenterer i en kort form Rambølls metode i forbindelse med kapacitetsanalysens dataindsamling<sup>6</sup>. Rambøll har anvendt et omfattende kvantitativt og kvalitativt datamateriale fra følgende datakilder:

- Nøgletalsanalyse
- Spørgeskemaundersøgelser
- Casebesøg og workshops
- Eksempler på god kommunal praksis.

### Nøgletalsanalyse

Et centralt formål for undersøgelsen er at indsamle og etablere et sammenhængende overblik over de kvantitative data (nøgletal), som findes – både centralt og decentralt. Der er derfor indsamlet alle tilgængelige data via følgende datakilder:

**Tabel 2-1: Oversigt over analysens datakilder**

Datakilde	Ansvarlig	Indhold
Statistikbanken	Danmarks Statistik	Økonomi, aktivitet
Anbringelsesstatistikken	Ankestyrelsen	Aktivitet
Tilbudsportalen	Socialstyrelsen	Pladser, takster
LOPAKS	Det Fælleskommunale Løndatakontor	Personale
eSundhed	Statens Serum Institut	Kommunal medfinansiering
Sociale rammeaftaler	Kommuner og regioner (rammese-kretariater)	Pladser

### Spørgeskemaundersøgelse

Der er gennemført tre landsdækkende spørgeskemaundersøgelser blandt henholdsvis kommunale sociale chefer, børne- og ungechefer og ledende PPR-medarbejdere i samtlige 98 kommuner i landet. Spørgeskemaerne indeholdt to dele: En del, hvor kommunerne/PPR-enhederne blev bedt om at vurdere barrierer og muligheder samt en del, hvor der blev spurgt til en række faktuelle oplysninger vedr. økonomien, aktiviteten og kapaciteten på området – altså i højere grad et indberetnings-skema end en traditionel spørgeskemaundersøgelse. Denne del havde til formål at supplere og validere nøgletalsanalysen. Svarene er indsamlet via elektroniske spørgeskemaer i tidsrummet 5. december 2012 til og med 8. januar 2013, og undersøgelsen har følgende overordnede svarprocenter:

- **78 pct.**<sup>7</sup> af PPR-enhederne
- **72 pct.** af voksenforvaltningerne
- **53 pct.** af børn- og ungeforvaltningerne

På alle tre områder er de deltagende kommuner/PPR-enheder repræsentative i forhold til kommunestørrelse og region. I bilagsrapporten findes en liste over, hvilke kommuner der har svaret, samt hvordan disse fordeler sig på kommunestørrelse og regioner.

I indberetningsdelen har en række kommuner haft problemer med at fremskaffe de ønskede oplysninger. Dette skyldes primært følgende forhold:

- På mange områder sker der ikke en systematisk central registrering af oplysninger, men der arbejdes i højere grad på sagsniveau.

<sup>6</sup> Se bilagsrapporten for en mere uddybende metodebeskrivelse

<sup>7</sup> Københavns Kommune tæller for seks enheder, idet PPR er placeret seks forskellige steder. Øvrige kommuner med samme decentralisering har svaret som en samlet PPR-enhed.

- På børn- og ungeområdet arbejder man ikke med en opdeling i forhold til psykiske vanskeligheder, men med en mere helhedsorienteret indsats. Der foreligger derfor kun i mindre grad dokumentation for denne målgruppe. Det samme gør sig delvist gældende på voksenområdet.
- En række kommuner har skiftet it-systemer og har haft medarbejderudskiftning, og har derfor svært ved at fremskaffe oplysninger tilbage i tid. Ligeledes betyder kommunesammenlægninger i forbindelse med kommunalreformen, at flere kommuner kun har et begrænset datagrundlag for de første år efter reformen.
- De ønskede oplysninger håndteres hos mange forskellige personer/forvaltninger i kommunen, og det har derfor været svært for kommunerne at samle oplysningerne
- Givet den relative korte svarfrist og for ikke at belaste kommuner mere end nødvendigt, har det udelukkende været muligt at indhente eksisterende og allerede tilgængeligt data.

Dette har resulteret i et lavere antal svar i spørgeskemaundersøgelsen og at mange kommuner har angivet, at deres svar bygger på skøn. De kommuner, som har angivet de ønskede oplysninger på den faktuelle del af spørgeskemaet, er dog fortsat generelt repræsentative i forhold til kommunestørrelse og regioner.

En del af de oplysninger, som er indhentet fra kommunerne gennem spørgeskemaet, drejer sig om, hvor stor en andel psykiske vanskeligheder udgør af den samlede aktivitet/økonomi/kapacitet. På baggrund af kommunernes vurderinger er der udregnet en gennemsnitlig andel, som anvendes som generel indikator for andelen på landsplan. Såfremt der er supplerende kilder tilgængelige, er disse medtaget i vurderingen af andelen.

I de spørgsmål, hvor det har været nødvendigt, har Rambøll opregnet kommunernes angivne oplysninger til landsplan. Her er der opregnet på baggrund af det gennemsnitlige angivne niveau per indbygger i den relevante aldersgruppe.

For alle data, som er baseret på oplysninger fra kommunerne, er der angivet konfidensintervaller<sup>8</sup> for svarene. Disse angiver, inden for hvilket interval, hvor 95 pct. af kommunernes svar ligger, og er dermed en indikator på, hvor præcise de angivne data er.

### Casestudier og workshops

Der er foretaget casestudier og workshops i 12 udvalgte kommuner. Formålet har været at belyse praksis i forhold til planlægning og styring af området, visitationsprocessen, den kommunale indsats samt sammenhæng og flow mellem sektorer og forvaltninger. Udvælgelsen af de kvalitative datakilder er sket ud fra følgende kriterier:

- Størrelse
- Geografi (region)
- Samlet omkostningsniveau pr. indbygger for kommunale indsatser med relation til sindslidende voksne/sindslidende børn og unge<sup>9</sup>
- Organiseringsform, på voksenområdet i forhold til dokumenterede indsatser for recovery<sup>10</sup>
- Sammensætning i kommuner (størrelsen på enhederne).

<sup>8</sup> Konfidensintervallerne er t-baserede og er på 95 pct.-niveauet.

<sup>9</sup> Udgifter til sindslidende voksne er opgjort ud fra: Konto 5.32.33: Forebyggende indsats for ældre og handicappede, Konto 5.38.50: Botilbud til længerevarende ophold, Konto 5.38.52: Botilbud til midlertidigt ophold, Konto 5.38.53: Kontaktperson og ledsagerordninger, Konto 5.38.58: Beskyttet beskæftigelse, Konto 5.38.59: Aktivitets- og samværstilbud. Udgifter til sindslidende unge er opgjort ud fra: Konto 5.28.20: Plejefamilier og opholdssteder for børn og unge, Konto 5.28.21: Forebyggende foranstaltninger for børn og unge, Konto 5.28.23: Døgninstitutioner for børn og unge. Det er ikke muligt at opgøre de specifikke udgifter for gruppen af sindslidende, men kun for de samlede.

<sup>10</sup> Fx vedtaget recovery-strategi eller enhed/center for recovery. Dette udvælgelseskriterium er kun blevet anvendt på kommuner, hvor fokus har været på indsatsen overfor voksne.

Rambøll har herudover været nødsaget til at tage højde for tilgængelighed inden for den givne tidsramme for analysen. De kvalitative data er indsamlet i følgende kommuner på henholdsvis børn- og ungeområdet og på voksenområdet.

**Tabel 2-2: Udvalgte kommuner til casestudier og workshops**

Børn- og ungeområdet	Voksenområdet
København	Allerød
Lejre	Odense
Svendborg	Randers
Solrød	Herning
Frederikshavn	Esbjerg
Thisted	Mariagerfjord

I forbindelse med både casebesøg og workshops i de 12 kommuner har det været muligt at gå i dybden med de særlige erfaringer, praksis, vilkår og rammer set fra et lederperspektiv og et medarbejderperspektiv, og med udgangspunkt i både myndighed og leverandør på området.

Derudover har Rambøll foretaget individuelle interview med borgere, der har haft mulighed for og lyst til at indgå i analysen.

### Eksempler på god kommunal praksis

Der er via dokumentanalyse og interview indsamlet 11 eksempler på god kommunal praksis, som gennem samarbejde på tværs af tilbud, fag- og sektorområder har opnået gode resultater i forhold til en højere grad af kapacitetsudnyttelse inden for de eksisterende rammer. I det omfang et initiativ er startet op på projektvilkår med særlig betingelser (herunder finansieringsgrundlag), er det vægtet højt, at initiativet også efterfølgende er sat i drift og lever op til et "bæredygtighedskriterium". Eksemplerne er udvalgt med udgangspunkt i følgende kriterier:

- Initiativer/projekter skal kunne beskrive, hvordan de bidrager til mere effektiv kapacitetsudnyttelse (større fleksibilitet i tilbud, mere effektiv arbejdsgang, optimering af ressourceforbrug, større sammenhæng og flow i indsats mv.)
- Initiativer/projekter skal tænke på tværs af normale tilbuds-, fag- og sektorafgrænsninger
- Initiativer/projekter skal have et element af noget nyt/innovativt
- Initiativer/projekter skal kunne beskrive, hvilket (evidens)grundlag de baserer indsatsen på, og/eller hvordan de dokumenterer, at de opnår resultater
- Initiativer/projekter skal være økonomisk bæredygtige inden for de eksisterende rammer.

## 2.4 Afgrænsninger og definitioner

I dette afsnit beskrives nogle af de overordnede afgrænsninger, som er foretaget forud for gennemførelsen af kapacitetsanalysen.

### 2.4.1 Afgrænsning af tidsperiode

I erkendelse af de vanskeligheder, der er forbundet med at indsamle valide og dækkende data om kommunernes kapacitet på området fra perioden før Kommunalreformen, er analysen afgrænset til udelukkende at fokusere på tidsperioden 2007-2011 i analysen. I kommissoriet for Psykiatriudvalget, hvis arbejde denne analyse skal bidrage til, henstilles ellers til at afdække udviklingen indenfor en tiårsperiode, men af forskellige årsager følger afgrænsningen ikke denne intention. Dels er det forbundet med betydelige vanskeligheder for kommunerne at tilvejebringe data på området, der ligger mange år tilbage, da mange oplysninger vil skulle sammenstykkedes ud fra enkeltjournaler. Dels har perioden med organisatoriske udviklinger i kommunerne også haft indflydelse på udviklingen og sammenlægningen af økonomi- og it-systemer, som gør, at det ikke vil være muligt at generere de relevante tidsserier.

### 2.4.2 Afgrænsning af indsatser

Formålet med analysen er at kortlægge kapacitet samt barrierer og muligheder for optimering af kapaciteten på det kommunale ansvarsområde i indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder. En tilsvarende kortlægning af kapaciteten i den regionale psykiatri<sup>11</sup> er tidligere udarbejdet, og samspillet mellem den regionale psykiatri og indsatserne inden for det kommunale ansvarsområde vil kun i begrænset omfang blive berørt – og kun med afsæt i den kommunale praksis. Derudover er det ikke alle aspekter af den kommunale indsats, der vil blive behandlet i nærværende analyse, da der parallelt med udarbejdelsen af denne rapport er/vil blive gennemført en række øvrige analyser. Det drejer sig om kapaciteten for den del af indsatsen, som omhandler forebyggende tiltag i forhold til fremme af mental sundhed (dog er der i spørgeskemaundersøgelsen til voksenområdet spurgt ind til, hvorvidt kommunerne arbejder med indsatser til fremme af mental sundhed), og det drejer sig om de indsatser, der foregår på beskæftigelsesområdet for personer med psykiske vanskeligheder. Derudover er det bestemt, at indsatser, der ikke har sit primære fokus på mennesker med psykiske vanskeligheder, men hvor der er et entydigt målgruppesammenfald – fx i forhold til stofmisbrugere, hvor det anslås, at ca. 60 pct. har en psykisk lidelse – ikke direkte vil indgå i kortlægningen af kapaciteten på området, men at der vil være et indirekte fokus på disse indsatser i beskrivelsen af barrierer og muligheder for kapacitetsoptimering i forbindelse med komplekse borgerforløb.

De indsatser, som – i dialog med projektets følgegruppe – er fundet vigtige at have med i analysen, har som udgangspunkt lovhjemmel i Lov om social service (herefter serviceloven). Der er dog enkelte undtagelser for dette. Især på området for børn og unge med psykiske vanskeligheder er der en væsentlig undtagelse, da det er valgt at give særlig opmærksomhed til den Pædagogiske Psykologiske Rådgivning (PPR), der er reguleret efter folkeskoleloven, og som spiller en betydelig rolle i at understøtte inklusionsarbejde med psykisk sårbare børn og unge i de almene dagtilbud og den almene undervisning. I analysen sættes særskilt fokus på kapaciteten i PPR, men det er valgt ikke at lade støtte i dagtilbud og støtte og specialundervisning i folkeskolen være tilsvarende omfattet inden for analysens afgrænsninger.

### 2.4.3 Afgrænsning af målgruppe

Afgrænsningen af analysens målgruppe ligger i naturlig forlængelse af ovenstående indsatsafgrænsning, hvor både indsatser rettet mod børn og unge samt voksne med psykiske vanskeligheder er indbefattet. Den overordnede beskrivelse af målgruppen for analysen er ”mennesker med psykiske vanskeligheder”, der, jf. Socialstyrelsens begrebsdefinition, dækker over personer med psykisk funktionsnedsættelse, der er kendetegnet ved forstyrrelser i adfærd og tanke-, følelses-, stemnings- og fantasilivet<sup>12</sup>.

Det kommunale ansvarsområde i indsatsen over for personer med psykiske vanskeligheder, som er reguleret efter serviceloven, tager ikke udgangspunkt i diagnoser, men i begrebet nedsat funktionsevne og afledte sociale problemer. Det kan således være vanskeligt at anvende diagnosegrupperinger som udgangspunkt for en præcisering af analysens målgrupper, og det er heller ikke muligt at sætte entydigt lighedstegn mellem udviklingen i enkeltstående diagnosegrupper og specifikke servicelovsydelser, der gives for at kompensere borgeren for den nedsatte funktionsevne (jf. servicelovens § 1). Det kræver, som ovenfor beskrevet, ikke nødvendigvis en diagnose for at få bevilget ydelser efter serviceloven, om end et behov skal være dokumenteret – i form af en konkret og individuel beskrivelse, udredning eller vurdering af den nedsatte funktionsevne.

#### Målgruppeafgrænsning på voksenområdet

For at sikre en entydig afgrænsning af målgruppen tager vi som udgangspunkt afsæt i de målgruppedefinitioner, der anvendes i Voksenudredningsmetoden og Tilbudsportalen, der er udviklet som led i en samlet begrebsudviklingsproces i Social- og Integrationsministeriet. I forhold til denne begrebsafklaring suppleres dog – efter drøftelse i projektets følgegruppe – med diagnosen ADHD, som i kommunerne ik-

<sup>11</sup> ”Analyse af kapaciteten i psykiatrien”, Deloitte 2012.

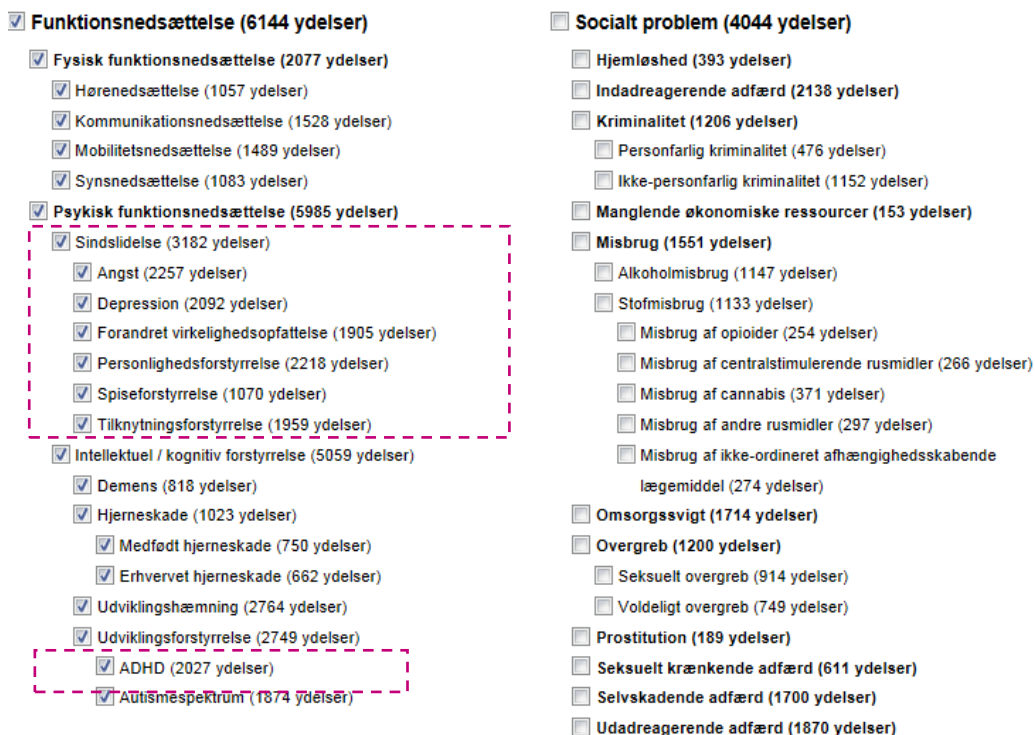
<sup>12</sup> Jf. definitionen af mennesker med sindslidelser [http://www.socialebegreber.dk/begrebsarbejde/begrebsdatabasen/find\\_begreb](http://www.socialebegreber.dk/begrebsarbejde/begrebsdatabasen/find_begreb)



ke entydigt kan placeres som enten et handicap (en kognitiv udviklingsforstyrrelse) eller en sindslidelse. ADHD er desuden en af de diagnoser, hvor der gennem de senere år er sket den største vækst, og i DSI's kortlægning af opgaveudviklingen på psykiatrimrådet (DSI, 2011) er det beskrevet, hvordan ADHD fremhæves af de kommunale socialpsykiatrichefer som en diagnose, der har medført flere opgaver i socialpsykiatrien.

I Figur 2-2 ses en oversigt over de definerede ydelser, og hvordan målgruppen sindslidende er afgrænset.

**Figur 2-2: Oversigt over Tilbudsportalens og Voksenudredningsmetodens målgruppedefinition. Målgruppen af sindslidende er indrammet af den stiplede firkant**



Kilde: Tilbudsportalens

Overordnet skelnes mellem tre typer af funktionsevnenedsættelse, som kan ligge til grund for tildelingen af en ydelse efter serviceloven:

- Fysisk funktionsnedsættelse
- Psykisk funktionsnedsættelse
- Socialt problem.

Afgrænsningen af området tager udgangspunkt i begrebet "sindslidelse", således at analysen omfatter alle borgere, der er placeret under denne kategori. I denne analyse benævnes målgruppen dog mennesker med "psykiske vanskeligheder". For en række borgere vil der dog være yderligere vanskeligheder (fx misbrug, hjemløshed og kriminalitet), og disse borgere indgår ligeledes i afgrænsningen i det omfang, den psykiatriske problemstilling medvirker til, at de indgår i et relevant tilbud, som fx dobbeltbelastede borgere, der bruger alkohol eller stoffer som selvmedicinering, og hjemløse med psykisk funktionsnedsættelse, der modtager bostøtte efter servicelovens § 85 mv.

### Målgruppeafgrænsning på børn- og ungeområdet

Til at opdele og afgrænse målgruppen anvendes altså primært opdelingen fra serviceloven, hvilket stemmer mere naturligt overens med analysens kapacitetsfokus og muligheden for at trække på det ek-

sisterende datagrundlag, der er inddelt netop efter de enkelte paragraffer i serviceloven. Ydelser efter serviceloven er inddelt efter målgruppen af hhv. børn/unge under 18 år og voksne. Denne inddeling følges også i kapacitetsanalysen, da den afspejler opdelingen af indsatsen i kommunerne, som oftest er skarpt organisatorisk opdelt på hver sin side af 18-års-grænsen.

Afgrænsningen er vigtig, fordi organiseringen (i børne- og familieforvaltninger) understøtter, at der på børn- og ungeområdet arbejdes ud fra et helhedssyn på barnet/den unge i familien, hvor barnets/den unges psykiske vanskeligheder kun udgør et enkelt element af barnets/den unges samlede situation i familien. Efter det fyldte 18. år vil organiseringen i socialforvaltningerne i højere grad støtte op om mere specifikke indsatser alene for personer med psykiske vanskeligheder.

### 3. STYRINGSPRAKSIS OG TENDENSER

Rambøll har gennemført en kvalitativ kortlægning af kommunernes opgavetilrettelæggelse og styringspraksis. Vi har i den forbindelse gennemgået centrale styringsdokumenter og ledelsesrapporteringer m.v., ligesom vi har gennemført interview med kommunale ledere på socialområdet på såvel forvaltningsniveau som myndighedsafdelinger og leverandørenheder samt med de mest relevante samarbejdspartner fra fx sundheds- og ældreforvaltninger, arbejdsmarkedsforvaltninger, de praktiserende læger samt den regionale psykiatri.

I dette kapitel fremdrages en række centrale observationer og resultater fra den kvalitative kortlægning suppleret med udvalgte eksempler på den variation i den kommunale kapacitet og kapacitetsudnyttelser, kortlægningen af kommunale kapacitetsnøgletal har vist. Der er ikke tale om en detaljeret beskrivelse af organisering og styringsmetoder m.v., men om en fokuseret fremhævelse af elementer og tendenser i styringen, som efter vores opfattelse er vigtige for forståelsen af den aktuelle styringspraksis og dens udviklingsfokus.

#### Øget brug af fleksible tilbud

Analysen viser, at der i kommunerne er igangsat en række initiativer, som har til formål at styrke fleksibiliteten i den kommunale indsats over for mennesker med psykiske vanskeligheder, hvilket har potentiale til at styrke den faglige og økonomiske styring betydeligt. I flere kommuner er disse initiativer allerede indført, mens de i andre kommuner er under indfasning eller sat på dagsordenen i den løbende strategiudviklingsproces.

De fælles kendetegn for disse initiativer og tilbud er, at de er tilpassede til det grundvilkår, at støttebehovet hos borgere med psykiske vanskeligheder har en dynamisk karakter. Det dynamiske perspektiv skal både forstås på den måde, at en borgers behov for støtte kan ændre sig fra dag til aften eller uge til uge, men også at psykiske lidelser ikke er kroniske, men at folk rent faktisk kan komme sig. Sidstnævnte er en erkendelse, der knytter sig til et generelt paradigmeskift, hvor der er stigende fokus på, hvordan man kan understøtte borgernes psykosociale recovery-proces på voksenområdet og i stigende grad rumme og inkludere børn og unge i normaltilbuddene uden brug af segregerede tilbud.

På **voksenområdet** kommer ovenstående tendens til udtryk gennem bl.a. følgende initiativer:

- Etablering af *akutfunktioner*, som kan rumme de borgere, der ellers ville være nødsaget til at modtage et mere indgribende tilbud for at sikre dækning ved udsving i behov
- Anvendelse af *ydelsespakker* i visitationen, hvor leverandøren har frihed til at tilrettelægge indsatsen inden for nogle rammer fastlagt af myndighedsafdelingen
- Stigende *opblødning af BUM-modellen*<sup>13</sup> gennem tæt dialog mellem myndighed og leverandør i såvel visitationsprocessen som efter igangsættelsen af indsatsen
- *Nedlæggelse af faste boformer med længerevarende ophold* (botilbud efter servicelovens § 108) til fordel for mere fleksible støtteformer gennem oprettelse af fx nye botilbudslignende pladser efter Almenboligloven. Fra 2009 til 2011 er der sket et fald på 13 pct. i antallet af sindslidende, som bor på botilbud med længerevarende ophold efter servicelovens § 108.
- *Generel opprioritering af socialpædagogisk bostøtteindsats* (efter servicelovens § 85). Fra 2007 til 2011 er der sket en stigning på 93 pct. i antallet af sindslidende, der modtager ydelser efter servicelovens § 85.

På **børn- og ungeområdet** kommer fleksibiliteten i tilbuddene til udtryk gennem følgende initiativer, hvor man gennem især øget inklusion og forebyggende indsats frigør kapacitet fra mere specialiserede (og mindre fleksible) indsatser og sikrer et større flow i indsatsen:

---

<sup>13</sup> (Bestiller-, Udfører-, Modtagermodellen) dækker over en organisationsmodel, hvor myndighedsfunktionen – med budgetansvar og visitationskompetencen – er adskilt fra udførerdelen, som har ansvar for den daglige drift og planlægning af de leverede ydelser.

- Opprioritering af *tidlig indsats og sporing* i dagtilbud og skole ved udvikling og implementering af screeningsredskaber som bl.a. Børnelinealen.
- Opbygning af *større psykologfaglighed* i PPR, der kan understøtte den tidlige indsats.
- Øget fokus på *inklusion i normaltilbuddene* frem for brug af segregerede tilbud. I alt 62 pct. af de deltagende kommuner har et politisk vedtaget inklusionsfokus (fx i form af en strategi for inklusionsarbejde i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder).
- Anvendelse af *psykologfaglig og psykiatrisk konsulentbistand i overgange* til den regionale psykiatri for at sikre større børn, unge og deres familier mere fleksible og helhedsorienterede tilbud
- *Nedlæggelse af døgnpladser* til fordel for forebyggende indsatser og familiebehandling. Antallet af døgninstitutioner er faldet 3 pct. fra 2007 til 2011.

Ovenstående initiativer rummer en betydelig nyorientering af såvel den faglige tilgang og den økonomiske styring på såvel børn- og ungeområdet som på voksenområdet. Muligheden for fremadrettet at optimere kapacitetsudnyttelsen inden for det kommunale ansvarsområde af indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder hænger derfor naturligt sammen med kommunernes implementering af de nævnte initiativer. I et styringsperspektiv kræver udviklingen i retning af større fleksibilitet i tilbuddene dog også øget opmærksomhed på, at der på alle niveauer i indsatsen er fokus på at handle og justere indsatsen ved Udviklinger i borgerens behov. Brug af resultatbaserede styringsredskaber og en øget dokumentation af indsats og udvikling kan styrke det administrative styringsgrundlag, som muliggør indfrielse af potentialerne i kapacitetsoptimeringen.

### **Fra omsorg til udvikling**

I mange kommuner taler man om en kulturudviklingsproces, hvor man forsøger at øge fokus på udviklingsperspektivet hos borgeren, og på voksenområdet taler man direkte om at komme væk fra et omsorgsparadigme og over til et recovery-paradigme. I spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at ca. halvdelen (51 pct.) af kommunerne har et politisk vedtaget fokus på recovery eller rehabilitering. Flere kommuner er i den proces startet med at arbejde efter resultatbaserede styringsprincipper, hvor indsatsen måles og dokumenteres, så eventuelle justeringer af støtten kan ske i tæt dialog mellem myndighed og leverandør. Derudover er der i stigende grad – på både børne-/ungeområdet og voksenområdet – et ønske om at opprioritere evidenstanken og sætte fokus på virkningsfulde indsatser, metoder og programmer.

Med ambitionen om at skabe større flow i den kommunale indsats er det naturligvis afgørende, at flere borgere ved hjælp af evidensbaserede indsatser kan bringes derhen, hvor deres støttebehov reduceres eller elimineres. Det opleves dog mange steder som en stor udfordring at efterleve denne ambition, da der er tale om en ikke ubetydelig kulturudviklingsproces, som mange leverandører oplever som en afgivelse af frihed til individuel faglig vurdering i den konkrete indsats. Derudover ser mange medarbejdere i den kommunale indsats over for borgere med psykiske vanskeligheder tendenserne vedrørende inklusion og recovery udelukkende som en spare- og effektiviseringsøvelse snarere end en fagligt begrundet opprioritering af indsatsen, der muliggør, at borgerne kan føre et liv så tæt på det almindelige som muligt, samtidigt med at der sker en større ressourcebevidsthed.

Grundlæggende argumenterer flere ledere i den kommunale indsats for, at der sker en overgang fra mindre rettighedstænkning til mere behovstænkning, hvor borgerne er mere involverede i at opstille egne mål og tage større ansvar for eget forløb og udvikling. Dette giver nogle muligheder i forhold til kapacitetsoptimering, i og med det skaber grundlag for mindre indgribende indsatser og et større flow i indsatsen, hvis flere borgere får et tilbud, der lige præcis er dækkende for deres behov og funktionsevne.

### **Inddragelse af borgere, familier, det nære netværk og civilsamfundet i indsatsen**

Et element af udviklingen i retning af øget inklusions- og social rehabiliteringsfokus er opmærksomheden på normalområdets og civilsamfundets rolle i indsatsen. På børne-/ungeområdet har 62 pct. af

kommunerne et politisk vedtaget inklusionsfokus, fx i form af en strategi for inklusionsarbejdet i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder. I interviewene fremgår det ligeledes, at kommunerne enten har en nedskrevet formaliseret inklusionspolitik for kommunen eller arbejder ud fra en italesat tilgang om, at de fleste børn og unge har gavn af at blive søgt inkluderet i normalmiljøet. Opprioriteringen af psykologfagligheden i PPR vidner også om, at man bakker op om inklusionsvisionen ved at understøtte den indsats, der ligger inden for normalområdet. På voksenområdet arbejder flere kommuner også efter en strategi, hvor man forsøger at binde støtten op på de eksisterende ressourcer i borgerens liv og nære netværk i civilsamfundet. Herunder søges der at udbygge partnerskaber med lokale virksomheder, foreninger, uddannelsesinstitutioner og frivillige. Dette bekræftes i en aktuel undersøgelse blandt landets kommunaldirektører, som KL's månedsmagasin Momentum har foretaget<sup>14</sup>. Resultater her fra viser, at ca. ¾ af landets kommuner samarbejder med frivillige på området for socialt udsatte og handicappede. Det er dog Rambølls vurdering, baseret på de kvalitative kommunecases, at selv om man nået et stykke er der fortsat et større potentiale i at inddrage civilsamfundet i indsatsen for voksne med psykiske vanskeligheder. Undersøgelsen i Momentum bekræfter billedet af, at kommunernes generelle samarbejde med frivillige har været stigende siden 2007, men også at 95 pct. af kommunaldirektørerne forventer, at der vil blive arbejdet mere på at inddrage frivillige i de kommende år.

Udover de faglige argumenter for at binde indsatsen tættere op på civilsamfundet for bedre at kunne inkludere børn, unge og voksne med psykiske vanskeligheder i normalsystemet er man i de kommunale familie- og socialforvaltninger meget bevidste om, at det kan frigøre kapacitet på området, hvis man kan blive bedre til at involvere civilsamfundet i indsatserne til målgruppen, hvilket der i kommunerne nævnes flere konkrete eksempler på. En af forudsætningerne for at kunne indfri det potentiale, som frivilligområdet rummer i forhold til at optimere kapaciteten, er ifølge flere kommuner, at man har et kommunalt sikkerhedsnet, i form af en koordinator der kan samle op på de bidrag, som frivillige og lokale virksomheder yder, og støtte op efter behov, hvis de frivillige falder fra.

### **Registrering og administrativt styringsgrundlag – under udvikling**

Analysen har vist, at mange kommuner har udfordringer i forhold til at etablere tværgående opgørelser af den præcise kapacitet på området for mennesker med psykiske vanskeligheder. Kommunernes registreringer følger ofte mere overordnede kategorier, fx i forhold til typer ydelser (fx botilbud på voksenområdet eller anbringelser på børn- og ungeområdet) og autoriserede grupperinger i den kommunale kontoplan. Mange kommuner har derfor ikke et præcist overblik over udviklingen i præcise målgrupper inden for socialområdet, særligt ikke i 2007, som var et omstillingsår efter kommunalreformen. I sammenligning med den regionale psykiatri er det nationale styringsgrundlag for kommunerne generelt et andet. På det sociale område arbejdes ikke i samme grad som i regionerne med et ensartet dokumentationsgrundlag og en fælles målgruppekategorisering på tværs af kommuner.. Casestudierne viser, at kommunerne lokalt i de enkelte myndighedsafdelinger har styringsredskaber og regelmæssig budgetopfølgning på de enkelte tilbudstyper, men denne information er tilpasset de lokale behov og vil ikke i alle tilfælde kunne bidrage til en kvalificering af det nationale styringsgrundlag.

Der er dog en generel udviklingstendens til, at kommunerne er i gang med at forbedre det administrative styringsgrundlag betydeligt. Det sker særligt i forbindelse med en øget digitalisering (og systematisk sagsbehandling) på både børn- og ungeområdet samt på voksenområdet.

På området for udsatte børn og unge drejer det sig om DUBU<sup>15</sup> (Digitalisering – Udsatte Børn og Unge), der bygger på den socialfaglige metode ICS (Integrated Children's System), mens det på voksenområdet drejer sig om DHUV<sup>16</sup> (Digitalisering af Handicap og Udsatte Voksne-området), der bygger på VUM (Voksenudredningsmetoden). Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at 63 pct. af kommunerne arbejder med VUM og DHUV. Begge metoder og tilgange (ICS/DUBU og VUM/DHUV) har som formål at

<sup>14</sup> KL's nyhedsbrev Momentum nr. 11/2012. "Kommunerne er vilde med frivillige".

<sup>15</sup> DUBU er en fælles IT-løsning, der skal fremme effektivitet og kvalitet på området for udsatte børn og unge.

<sup>16</sup> DHUV er digitalisering på handicap- og udsatte voksenområdet. Med digitaliseringen søges, gennem en forbedret IT-understøttelse og etablering af fælles metoder på området, at skabe grundlag for en sammenhængende, helhedsorienteret indsats centret omkring borgeren.

sikre en systematisk og helhedsorienteret afdækning af borgerens samlede behov og identifikation af den relevante indsats samt en målrettet sagsbehandling på området, der lever op til lovgivningen og sætter hhv. barnet og den voksne borger i centrum. Samtidigt understøtter den nye digitalisering af områderne et væsentligt bedre administrativt styringsgrundlag og mere valide og opdaterede oplysninger om kapacitet, antal og udgifter til forskellige målgrupper.

### **Forbedret ledelsesinformation**

Kommunerne sætter i disse år ligeledes stigende fokus på dokumentation af resultater og effekter på området, der kan skabe grundlag for en styrkelse af den strategiske ledelsesinformation. Udgangspunktet for denne indsats har været det fælleskommunale udviklingsprojekt "Bedre Ledelsesinformation" (FLIS-projektet), hvor relevante indikatorer på området blev udvalgt. Flere af de største kommuner (København, Aarhus, Esbjerg, Odense, Aalborg) har siden udviklet dokumentationsmodeller, der løbende skal vurdere resultaterne og effekterne af kommunernes indsats, og også mange mindre kommuner arbejder med implementering af bedre mål i handleplaner og øget effektstyring. Formålet har været løbende at skabe større overblik over udvikling i indsats, flow og målopfyldelse, der indsamles i de eksisterende systemer, og som kan bruges i understøttelsen for en mere systematisk og konsekvent resultatbaseret styring.

Derudover har KL og Rambøll Management Consulting i samarbejde med seks projektkommuner udviklet dokumentationsredskabet Faglige Kvalitetsoplysninger (FKO). FKO er et redskab, som kommunerne kan anvende til at måle og dokumentere borgernes udvikling over tid i forhold til dels funktionsevne og dels de mål, der er opstillet i borgerens handleplan. Redskabet tager udgangspunkt i begrebsapparatet fra Voksenudredningsmetoden og kan være med til at understøtte den faglige refleksion hos den enkelte medarbejder. I myndighedsafdelingen kan brugen af konkrete indsatsmål være med til at præcisere en bestilling og sikre grundlaget for kvaliteten i opfølgningen, og for leverandørerne giver konkretisering af mål nogle mere præcise retningslinjer og et fælles sprog for perspektivet for den enkelte borgers udvikling. Dokumentationen af resultater – gennem FKO – bidrager desuden til at kvalificere ledelsesinformationen om resultaterne af de sociale indsatser.

Endelig har Danmarks Statistik igangsat et stort *dokumentationsprojekt på handicapområdet* med det sigte at forbedre datagrundlaget for aktivitetsopgørelserne på området og dermed også styrke mulighederne for at kvalificere benchmarking og styrke ledelsesinformation. Projektet indebærer en øget dokumentation og registrering af ydelser til personer med både psykiske og fysiske funktionsnedsættelser, hvor der – i modsætning til i dag – vil blive indberettet oplysninger på individniveau, som muliggør kobling til andre registre. De indberetninger, som kommunerne fremadrettet obligatorisk skal lave – der i sagens natur er determinerende for den information, som vil være tilgængelig – er borgerens tildelte ydelse, periode for ydelse, tilbud (fx opholdstype), sted (hvis ydelsen er et ophold) samt målgruppe. For alle disse obligatoriske oplysninger gælder, at de skal kobles til cpr-nummer, og at der er mulighed for frivilligt at detaljere indberetningen yderligere (ved fx at angive karakter af socialpædagogisk støtte efter nogle faste kategorier som eksempelvis støtte til medicinbehandling, støtte til varetagelse af forældrerollen mv.).

### **Samarbejdet med den regionale psykiatri**

Kapacitetsanalysen har ikke omfattet den regionale psykiatri. Økonomi, personaleressourcer og aktivitet i denne sektor er belyst i en anden rapport (Analyse i kapaciteten i psykiatrien, Deloitte 2012). I forbindelse med casebesøgene har interviewene dog berørt aspekter af samarbejdet mellem regionerne og kommunerne.

På børn- og ungeområdet peger kommunerne på den markante vækst i børne- og ungdomspsykiatrien og det stigende omfang af børn og unge, der diagnosticeres. Omkring hver fjerde kommune angiver, at der er store barrierer i forbindelse med samarbejdet med den regionale psykiatri (25 pct. for Børn- og Ungeforvaltningerne og 19 pct. for PPR). Nogle kommuner fremhæver, at udredningen i den regionale psykiatri fører til forventninger om kommunale indsatser, som kommunen ikke kan levere. I nogle

kommuner oplever man en manglende dialog med den regionale psykiatri, og at den regionale psykiatri i visse tilfælde beskriver konkrete tilbud til forældrene, som kommunen skal levere. I andre kommuner har man et tæt løbende samarbejde, hvor man gennem udskrivningsmøder får forventningsafstemt indsatsen efter indsatsen i den regionale psykiatri. Generelt har PPR en relativt tæt kontakt til den regionale psykiatri og står for en væsentlig del af henvisninger til den regionale psykiatri. Det hænger øjensynligt sammen med, at meget af kommunernes psykologekspertise er samlet i kommunernes PPR-afdelinger.

På voksenområdet peger omkring hver fjerde kommune på, at der er store barrierer i samarbejdet med den regionale psykiatri, mens de øvrige kommuner kun ser mindre eller ingen barrierer. I mange kommuner har man etableret velfungerende samarbejdskonstruktioner, der håndterer den løbende dialog og kontakt. De største udfordringer ses i forhold til borgere med dobbeltbelastninger (både misbrug og sindslidelse), hvor det ofte kan være vanskeligt at finde de rigtige løsninger på tværs af kommuner og regioner. Generelt er det billedet, at mange kommuner er nået langt i forhold til at konkretisere samarbejdsaftaler med den regionale psykiatri med udgangspunkt i sundhedsaftalerne.

På tværs af begge områder peger kommunerne på, at man i højere grad kunne ønske sig en udgående og konsultativ regionalpsykiatri, der i højere grad kunne opkvalificere myndighedspersonale og personale på tilbud, der er i kontakt med børn, unge og voksne med psykiske vanskeligheder. Der er kun angivet få eksempler på udgående konsultativt arbejde, hvor regionens psykiatere fx gennemfører supervision eller undervisning af kommunalt fagpersonale – og det angives generelt som et ønske, at kommunerne i højere grad kunne få mulighed for at trække på den regionale psykiatris kompetencer i deres egne tilbud.

## 4. BØRN OG UNGE MED PSYKISKE VANSKELIGHEDER

I dette kapitel kortlægges kapaciteten i den kommunale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvorefter der gives en vurdering af udfordringer og potentialer for en optimering af denne kapacitet. I første del af kapitlet beskrives de indsatser, som gives til børn og unge efter serviceloven, hvorefter de indsatser, som foregår i PPR-regi, beskrives. Potentialerne og barriererne beskrives samlet for de to områder. For hvert af de to områder indledes der med en beskrivelse af målgruppe og tilbud, hvorefter der præsenteres en række nøgletal inden for økonomi, personale, aktivitet og pladser samt udviklingen i perioden 2007-2011. Disse nøgletal anvendes efterfølgende i en række analyser og sammenligninger. Præsentationen af data og analyserne suppleres med resultater fra den kvalitative dataindsamling.

Indsatser i kommunerne over for børn og unge med psykiske vanskeligheder er primært reguleret efter serviceloven, men kan ikke afgrænses på samme måde som på voksenområdet. Den væsentligste årsag er, at der i det kommunale praksisfelt på børn- og ungeområdet arbejdes ud fra et helhedssyn på barnet/den unge i familien, hvor barnets/den unges psykiske vanskeligheder kun udgør et enkelt element af barnets/den unges samlede situation i familien. Kommunerne kan derfor ikke entydigt sige, om et tilbud iværksættes som følge af barnets/den unges psykiske vanskeligheder, da det ikke er det eneste parameter, der vurderes ud fra. Dette forhold vanskeliggør arbejdet med den kvantitative kortlægning af kapaciteten på området, da der er brug for at inddrage kommunernes skøn over andelen af børn og unge *med* psykiske vanskeligheder, som har modtaget det relevante tilbud.

I boksen nedenfor gives et overblik over de forskellige tilbud, der udgør den samlede tilbudsvifte for kommunerne i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvorudfra kapaciteten skal vurderes. De fleste af tilbuddene anvendes af en bredere målgruppe end den, der er fokus på i denne analyse, fx børn og unge med nedsat fysisk funktionsevne eller sociale problemer.

### Boks 4-1: Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder

I den kommunale tilbudsvifte til indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder er der tre overordnede tilbudstyper, der beskrives nedenfor. Hver tilbudstype rummer en række handlemuligheder, som kommunerne kan anvende i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder og deres familier:

- Rådgivningstilbud
  - Opsøgende tilbud om rådgivning
  - Åbne og anonyme familieorienterede rådgivningstilbud
  - Konsulentbistand til børn, unge og familier
  - Rådgivning om familieplanlægning
  - Familievejlederordning
- Støttetilbud (forebyggende foranstaltninger)
  - Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el.lign.
  - Praktisk, pædagogisk støtte i hjemmet
  - Familiebehandling
  - Døgn- og aflastningsophold for barnet/den unge samt familiemedlem(mer)
  - Fast kontaktperson for barnet/den unge eller familien
  - Praktiktilbud for den unge
- Anbringelser uden for hjemmet
  - Anbringelse hos plejefamilie
  - Anbringelse på opholdssteder
  - Anbringelse på døgninstitution



Nedenfor uddybes tilbudstyperne i den kommunale tilbudsvifte med angivelse af lovgrundlag:

*Efter servicelovens § 11* skal kommunen tilbyde støttetilbud i form af fx gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien til dem, der har behov for det. Rådgivningen skal kunne gives som et åbent og anonymt tilbud og kan gives som supplement til øvrige tilbud. I den forlængelse er der gennem de seneste år allokeret penge fra satspuljen til en styrkelse af indsatsen over for børn og unge med begyndende psykiske vanskeligheder. Puljen blev blandt andet brugt til psykologbehandling i kommunerne og på ungdomsuddannelserne og havde til formål at afdække, om tidlig psykologbistand kan medvirke til at forebygge en optrapning af de udfordringer, barnet eller den unge står over for, så behovet for psykiatrisk udredning og behandling potentielt kan mindskes. Med introduktionen af Barnets Reform, der trådte i kraft i starten af 2011, blev der sat yderligere fokus at sikre en tidligere og mere sammenhængende indsats (efter servicelovens § 46).

*Efter servicelovens § 52* skal børn og unge med psykiske vanskeligheder modtage forebyggende, støttende indsatser efter en vurdering af barnets/den unges behov samt familiens samlede situation. Karakteren af sådanne tilbud er mindre indgribende end anbringelser uden for hjemmet, da der lægges vægt på ydelser, som inddrager familien i løsningen. Inden for denne kategori hører også de unge med psykiske funktionsnedsættelser, der, jf. vejledningslovens § 3, har et særligt behov for vejledning fra Ungdommens Uddannelsesvejledning (UU). UU's målgruppe dækker over unge fra og med 6. klasse til unge under 25 år, og UU vil derfor ofte indtage en rolle i forbindelse med, at unge med psykiske vanskeligheders går fra at høre under børneparagrafferne i serviceloven til voksenparagrafferne (og dermed også deres skift mellem forvaltninger i den kommunale praksis). Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR) har naturligvis også en væsentlig rolle i indsatsen, hvilket uddybes i afsnit 4.2.

Ud over indsatser for de børn og unge, som bor i eget hjem, dækker analysen også over børn og unge med psykiske vanskeligheder, der er anbragt uden for hjemmet hos enten plejefamilier, på opholdssteder eller på døgninstitutioner (efter servicelovens §§ 66 og 67). Døgninstitutioner kan kræve en høj grad af specialisering (fx i forhold til unge piger med stærkt selvskadende adfærd eller børn og unge med OCD mv.), der fx kan sikre de indskrevne børn og unge en forudsigelig og struktureret hverdag og evt. et specialtilpasset undervisningstilbud.

#### **4.1 Tilbud til udsatte børn og unge**

I nedenstående boks ses en opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen til udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder.

#### Boks 4-2: Opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen til udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder

- Kommunerne anser indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder som en integreret del af kommunernes samlede indsats for udsatte børn og unge. Mange af kommunernes tilbud henvender sig til en bredere målgruppe, og opgørelsen af den præcise kapacitet er derfor forbundet med usikkerhed.
- Rambøll skønner, at kommunerne bruger omkring 6,3 mia. kr. til udsatte børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvilket udgør omkring 50 pct. af de samlede udgifter til udsatte børn og unge. Hertil kommer kommunernes udgifter på 0,1 mia. kr. til kommunal medfinansiering i den regionale børne- og ungdomspsykiatri.
- Udgifterne til det samlede område for udsatte børn og unge er steget med 4 pct. fra 2007-2011, når der korrigeres for pris og lønudvikling. Det dækker over en vækst fra 2007-2009 og et fald fra 2009-2011. Denne udvikling skal dog ses i sammenhæng med den omfattende udgiftsvækst, der har været i området fra 2001-2010. Rambøll vurderer, at udgifterne til forebyggende foranstaltninger for psykisk syge unge er steget fra 2007-2011, hvilket også skal ses i sammenhæng med en vækst i kommunal medfinansiering af den regionale børne- og ungepsykiatri på omkring 50 pct. fra 2007-2011.
- Rambøll skønner, at kommunerne har omkring 4.800 personaleårsværk ansat på tilbud, der beskæftiger sig med børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der ikke er et 1:1-forhold mellem kommunernes udgifter på området og personalekapacitet pga. bl.a. køb af pladser hos private leverandører. Hovedparten af personalet er pædagoger og pædagogmedhjælpere, og 1 pct. af medarbejderne er psykologer (650 årsværk på landsplan). Der er sket en vækst i antallet af psykologer på kommunernes tilbud med 65 pct. fra 2007-2011.
- I 2011 anbragte kommunerne omkring 1.500 børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder blev angivet som en årsag til anbringelsen – heraf ca. 300, hvor ADHD blev angivet som årsag. Det svarer til 58 pct. af kommunernes samlede nyanbringelser. Der er sket et fald i nyanbringelser for børn og unge med psykiske vanskeligheder på 26 pct., hvilket svarer til den genelle udvikling på anbringelsesområdet. Rambøll skønner, at omkring 3.900 børn og unge med psykiske vanskeligheder modtog forebyggende foranstaltninger i 2011, og omkring 9.100 modtog familierettelse forebyggende foranstaltninger. Rambøll skønner, at niveauet stort set er stabilt fra 2007-2011.
- Rambøll vurderer, at kommunernes kapacitetsudnyttelse er relativ høj. Kommunerne har generelt høj belægning på deres døgninstitutioner, og samtidigt er antallet af sengedage for færdigbehandlede i børne- og ungdomspsykiatrien faldet med 36 pct. fra 2007-2011 på landsplan.
- Der er generelt store forskelle på kommunernes udgifts- og aktivitetsniveauet på området for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Forskellene kan ikke direkte henføres til omfanget af børn og unge i kontakt med den regionale psykiatri, kommunestørrelse, demografi eller regionalt tilhørsforhold. Sammenholdt med kommunernes vurdering af potentialer vurderes der derfor at være mulighed for en mere effektiv kapacitetsudnyttelse ved i højere grad at anvende en forebyggende og tidlig indsats og i højere grad arbejde med inklusion i de almene dagtilbud eller den almene undervisning.

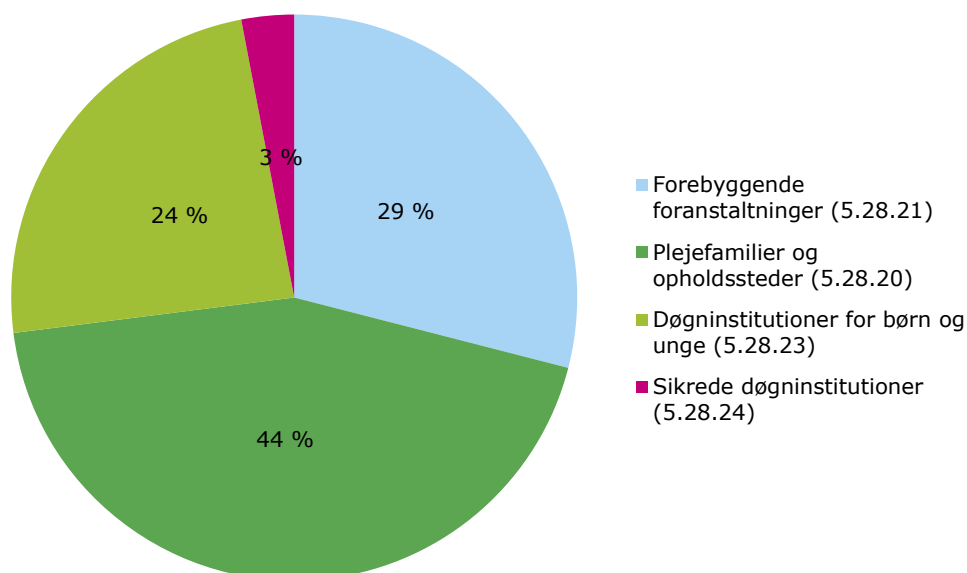
#### 4.1.1 Økonomi

Som beskrevet har der på børn- og ungeområdet været en række udfordringer i forhold til at identificere den del af indsatsen, der vedrører analysens målgruppe; børn og unge med psykiske vanskeligheder. Dette gælder også i forhold til kortlægningen af den økonomiske kapacitet<sup>17</sup>. I det følgende belyses økonomien derfor på to niveauer: 1) Overordnet set for hele gruppen af udsatte børn og unge og 2) mere specifikt på målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvor det er muligt. Igennem hele afsnittet er de præsenterede tal korrigeret for pris og lønudvikling, og tallene fremgår derfor i 2011-priser. Afsnittet baseres på tre datakilder:

- Nettodrifudsgifter fra de kommunale regnskaber
- Data vedr. kommunal medfinansiering af den regionale indsats på psykiatriområdet
- Tal fra den kvantitative dataindsamling i kommunerne.

Når der ses på indsatsen på hele området – og altså ikke blot for børn og unge med psykiske vanskeligheder – er de samlede nettodrifudsgifter i kommunerne til anbringelser uden for hjemmet omkring to en halv gang så store som til de forebyggende indsatser<sup>18</sup>. Således blev der samlet i 2011 anvendt 9,5 mia. kr. til anbringelser uden for hjemmet, mens udgifterne til de forebyggende indsatser udgjorde 3,8 mia. kr. Figur 4-1 viser, hvorledes omkostningerne fordeler sig på de fire konti, som dækker de relevante tilbud.

Figur 4-1: Udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge i mia. kr., 2011



Hovedkonto	Samlet udgift, 2011	Relativ fordeling
Forebyggende foranstaltninger (5.28.21)	3,8 mia. kr.	29 %
Plejefamilier og opholdssteder (5.28.20)	5,9 mia. kr.	44 %
Døgninstitutioner for børn og unge (5.28.23)	3,2 mia. kr.	24 %
Sikrede døgninstitutioner (5.28.24)	0,4 mia. kr.	3 %
<b>I alt</b>	<b>13,3 mia. kr.</b>	<b>100 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodrifudsgifter inkl. særligt dyre enkeltsager.

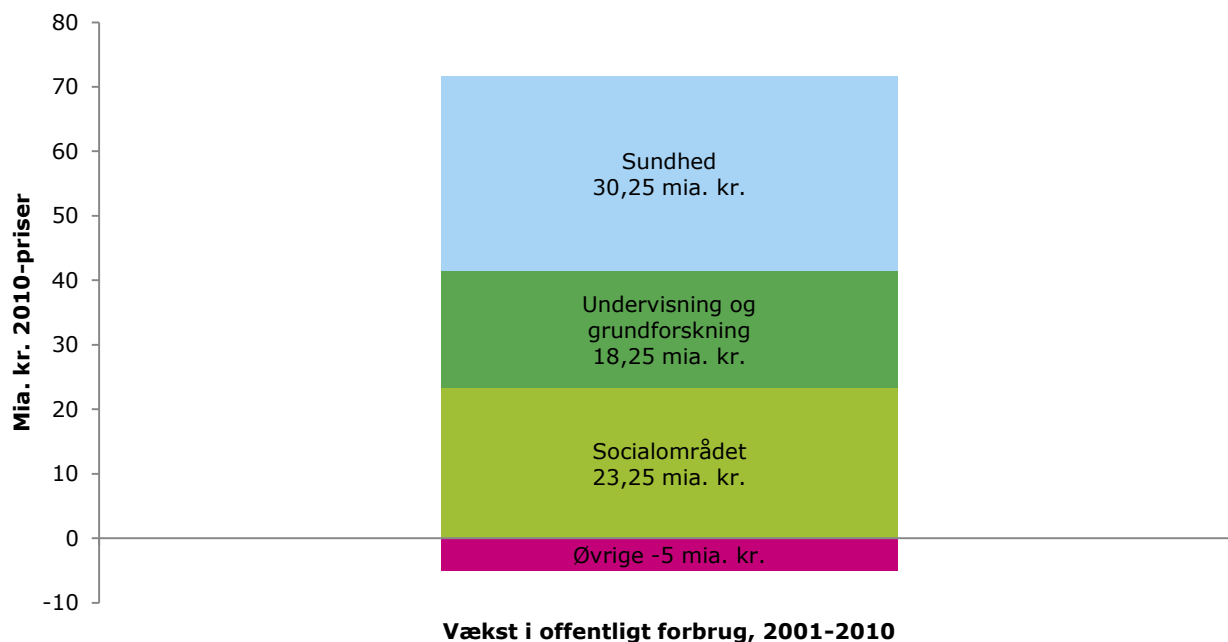
Ses der på udgiftsudviklingen i det offentlige forbrug overordnet set, har der været en kraftig vækst på socialområdet fra 2001-2010, hvor udgifterne steg med 23 mia. kr. En væsentlig del af væksten i det

<sup>17</sup> I de videre analyser tages højde for pris- og lønudviklingen (PL)

<sup>18</sup> Når der i det efterfølgende skrives udgifter menes nettodrifudsgifter

offentlige forbrug kan således henføres til socialområdet, og herunder indsatsen over for udsatte børn og unge, jf. nedenstående figur:

**Figur 4-2: Vækst i offentligt forbrug, 2001-2010**



Kilde: Finansministeriets budgetredegørelse 2010 (s. 10)

Udgiftsvæksten på det sociale område svarer til en gennemsnitlig årlig vækst på 2¼ pct. fra 2001-2011<sup>19</sup>. Ses der på området for udsatte børn og unge, er der sket en gennemsnitlig årlig vækst på 0,4 mia. kr. fra 2004-2008, svarende til en årlig realvækst på 2,7 pct.<sup>20</sup>. Vendes blikket mod perioden fra 2007-2011, tyder tallene på, at denne mangeårige tendens ser ud til at vende. I nedenstående tabel ses på udgiftsudviklingen fra 2007-2011 til det samlede område for udsatte børn og unge:

**Tabel 4-1: Udvikling 2007-2011 over udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)**

Hovedkonto	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>(mia. kr. 2011-PL)</i>						
Forebyggende foranstaltninger (5.28.21)	3,6	3,8	4,1	4,1	3,8	7 %
Plejefamilier og opholdssteder (5.28.20)	5,5	5,9	6,2	6,2	5,9	7 %
Døgninstitutioner for børn og unge (5.28.23)	3,4	3,6	3,8	3,6	3,2	-5 %
Sikrede døgninstitutioner (5.28.24)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	35 %
<b>I alt</b>	<b>12,7</b>	<b>13,6</b>	<b>14,4</b>	<b>14,2</b>	<b>13,3</b>	<b>4 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager. Priser er opgjort i 2011-PL

Tabellen viser, at udgifterne på området for udsatte børn og unge samlet set er steget med 4 pct. fra 2007-2011. Udgifterne har dog (når der tages højde for pris- og lønudviklingen) været faldende fra 2009 til 2011. Set i sammenhæng med den ovenfor beskrevne udvikling i udgifterne fra 2001-2011, indikerer tallene, at tendensen til øgede udgifter på området ser ud til være ved at vende.

Der findes ikke nationale data på, hvor stor en del af udgifterne, som direkte vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Rambøll har derfor anvendt en række forskellige datakilder til at belyse, hvor stor en andel af udgifterne der specifikt vedrører unge med psykiske vanskeligheder. I beregningen tages udgangspunkt i de funktionsopdelte nettodriftsudgifter til det samlede område for udsatte børn og

<sup>19</sup> Finansministeriet (2010). *Finansministeriets budgetredegørelse 2010*.

<sup>20</sup> Finansministeriet (2009). *Det specialiserede socialområde - redskaber til styring og prioritering*

unge. Tallene fra den opgørelse vægtes ud fra kommunernes skøn over, hvor stor en andel af udgifterne, som vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Derudover anvendes udviklingen i den kommunale medfinansiering og antallet af anbringelser fra 2007-2011 som indikatorer for, i hvilken udstrækning udgifterne til børn og unge med psykiske vanskeligheder er vokset med samme 4 pct. som på det samlede område. De forskellige datakilder er præsenteret i nedenstående tabel:

**Tabel 4-2: Kommunernes vurdering af niveau for andelen af udgifterne i 2011 og udviklingen fra 2007-2011, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder**

	2011	Udvikling fra 2007-2011 i pct. point
<b>Forebyggende foranstaltninger</b>	38 %	+ 9 pct. point
<b>Konfidensinterval</b>	22-54 %	
<b>Anbringelser</b>	48 %	+ 7 pct. point
<b>Konfidensinterval: Plejefamilier og opholdssteder</b>	24-57 %	
<b>Konfidensinterval: Døgninstitutioner</b>	43-80 %	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne, Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger

Note:  $N_{\text{forebyggende}}=11$ ,  $N_{\text{anbringelser}}=11$ . Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter

**Tabel 4-3: Indikatorer for andelen af udgifterne, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder: Andel anbringelser hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, og opgørelser af aktiviteten i den regionale psykiatri**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Anbringelser</b>	55 %	60 %	59 %	58 %	58 %	5 pct.point
<b>Aktivitet i den regionale psykiatri fra 0-20 år (i 1.000 kr.)</b>						
<b>Indlæggelser (udskrivninger)</b>	2,4	2,8	3,0	3,1	3,3	41 %
<b>Ambulante besøg (besøg)</b>	103,8	110,2	130,4	146,2	162,0	56 %
<b>Speciallæger (ydelsler)</b>	74,8	83,3	106,0	99,2	94,4	26 %

Kilde: Oplysninger fra kommunerne, Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter

Tabellen angiver tre forskellige kilder til at opgøre andelen af udgifterne, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder og udviklingen i perioden fra 2007-2011:

1. En række kommuner har foretaget et skøn over andelen af udgifter, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder fra 2007 til 2011. Skønnene er dels præsenteret med et gennemsnit og med et konfidensinterval, som viser den statistiske variation på kommunernes svar.
2. Ankestyrelsens anbringelsesstatistik indeholder en opgørelse af årssager til anbringelser, og fra denne statistik kan man opgøre andelen af anbringelser, hvor psykiske vanskeligheder har været angivet som årsag til anbringelsen (evt. som én blandt flere).
3. Fra den regionale psykiatri kan vi finde opgørelse af antallet af psykiatriske indlæggelser, ambulante besøg og speciallægebesøg, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

I forhold til **forebyggende foranstaltninger** angiver kommunerne i gennemsnit, at omkring 38 pct. af udgifterne kan henføres til børn og unge med psykiske vanskeligheder, og at der har været en stigning på 9 pct.point fra 2007-2011. Denne stigning er dog ikke inden for det generelle usikkerhedsbånd, og udviklingen er derfor ikke statistisk signifikant. Der er ligeledes stor variation i de enkelte kommuners skøn for 2011, hvilket illustrerer, at der ikke findes en helt entydig definition af området. Sammenholdt med den generelle stigning i forebyggende foranstaltninger på 7 pct. fra 2007-2011 tyder det altså på, at gruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder fylder mere i 2011 end i 2007. Denne udvikling understøttes af den væsentlige stigning, der er sket i aktiviteter i den regionale psykiatri for målgruppen.

Samlet set vurderer Rambøll, at omkring 40 pct. af udgifterne til forebyggende foranstaltninger kan henføres til målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, og at der er sket en stigning i

udgifterne til målgruppen fra 2007-2011. Det skønnes derved, at kommunerne brugte omkring 1,5 mia. kr. til forebyggende foranstaltninger til målgruppen i 2011.

I forhold til **anbringelser** angiver kommunerne, at omkring 48 pct. af udgifterne kan henføres til børn og unge med psykiske vanskeligheder, og der har været en stigning på 7 pct.point fra 2007-2011. Ligesom det er tilfældet for de forebyggende foranstaltninger, er der dog store variationer i kommunernes skøn over andelen, der vedrører sindslidende, hvilket afspejles i konfidensintervallerne. I anbringelsesstatistikken opgøres årsager til anbringelser. I Tabel 4-3 har vi angivet den andel af anbringelser, hvor en eller flere af følgende årsager er angivet som grund for anbringelsen:

- Indadreagerende adfærd
- Udadreagerende adfærd
- Sindslidelser
- Opmærksomhedssøgende/ selvskadende adfærd.

Disse fire anbringelsesårsager vurderes at være de primære, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Det skal dog bemærkes, at antallet af nyanbringelser efter de ovenstående årsager ikke direkte kan overføres til målgruppen. Niveauet fra anbringelsesstatistikken kan dog anvendes til at validere kommunernes skøn over andelen af udgifter, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Andelen af anbringelser, hvor de fire årsager har været udslagsgivende, udgør 58 pct. af alle afgørelser i 2011, og siden 2007 er andelen vokset med 5 pct.point.

Samlet vurderer Rambøll, at omkring 50 pct. af udgifterne til anbringelser vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, og at denne andel har været svagt stigende i perioden fra 2007-2011. Det skønnes derved, at kommunerne brugte omkring 4,8 mia. kr. til anbringelser til målgruppen i 2011.

Udover de ovennævnte udgifter har kommunerne udgifter i form af medfinansiering af den regionale psykiatriske indsats. Hver gang et barn/en ung fra kommunen indlægges eller får ambulante behandling på et psykiatrisk hospital eller modtager ydelser fra psykologer, psykiatere eller børnepsykiatere, betaler kommunen en del af udgiften. Tabel 4-4 viser aktiviteten fra 2007 til 2011 i den regionale psykiatri vedrørende børn og unge under 20 år.

**Tabel 4-4: Aktivitet i den regionale psykiatri fordelt på indlæggelser, ambulante besøg og speciallæger for børn og unge under 20 år, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>Aktivitet (i 1.000)</i>						
Indlæggelser (udskrivninger)	2,4	2,8	3,0	3,1	3,3	41 %
Ambulante besøg (besøg)	103,8	110,2	130,4	146,2	162,0	56 %
Speciallæger (ydelse)	74,8	83,3	106,0	99,2	94,4	26 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Note: Opgørelsen er lavet for børn og unge 0-19 år, da det ikke var muligt at opdele data ved det 18. år. Under speciallæger er der medtaget psykologer, psykiatere og børnepsykiatere. Medfinansiering til færdigbehandlede patienter er ikke medregnet.

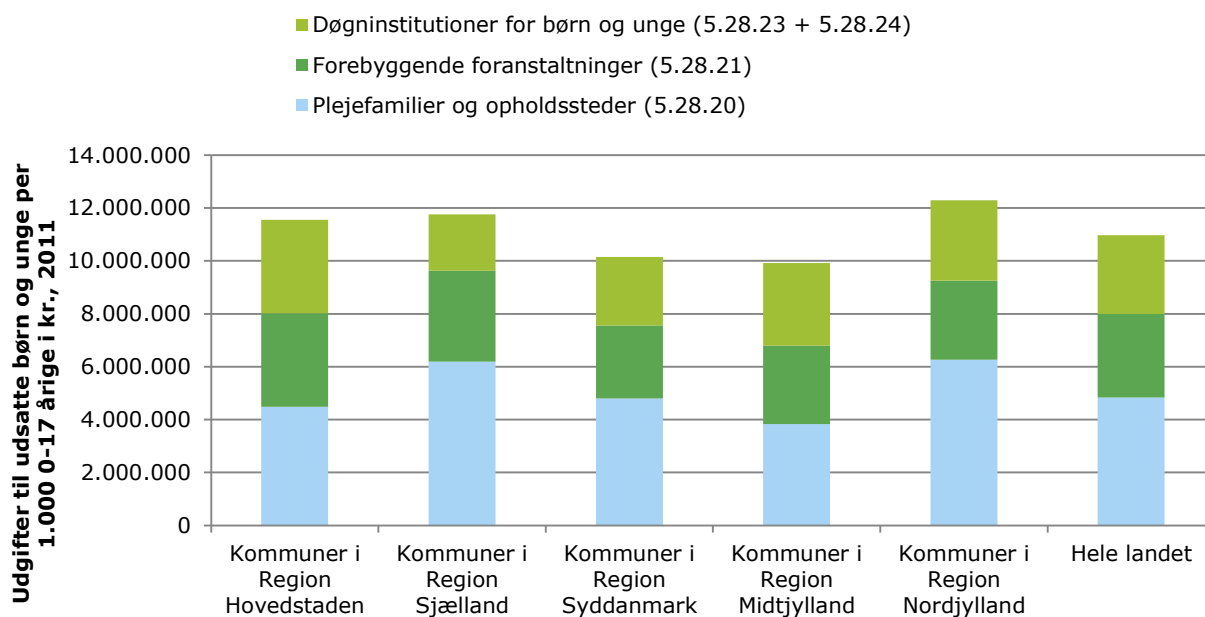
Set i forhold til udgifterne til forebyggende indsatser (1,5 mia. kr.) og anbringelse uden for eget hjem (4,8 mia. kr.) er der tale om en relativ beskedent udgift på medfinansiering på i alt 0,1 mia. kr. i 2011. Den kommunale medfinansiering er samlet set steget med 56 pct. i perioden 2007 til 2011 (når der er taget højde for pris- og lønudviklingen), hvilket skal ses i sammenhæng med den aktivitetsstigning, der er sket i samme periode. Det er især aktiviteten og den følgende medfinansiering på indlæggelser og ambulante besøg, som er steget.

### Forskelle mellem kommunerne

I dette afsnit ser vi på forskellene mellem kommunerne, og der sættes fokus på, hvordan kommunerne i hver af de fem regioner fordeler sig. Idet der ikke opdeles på målgrupper på børn- og ungeområdet, ta-

ger analysen udgangspunkt i de overordnede tal på området for udsatte børn og unge. I nedenstående figur ses en oversigt over de samlede udgifter til udsatte børn og unge:

**Figur 4-3: Kommunernes udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge opdelt på regioner og på hovedkonti pr. 1.000 0-17-årige i kr., 2011**



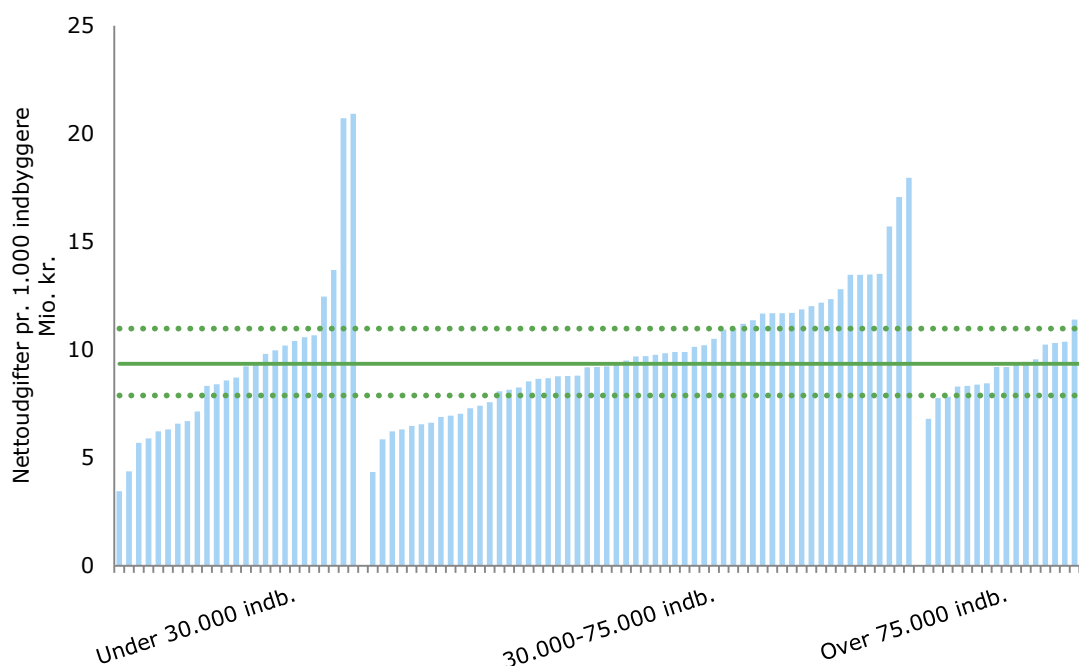
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Sikrede døgninstitutioner indgår i kategorien *Døgninstitutioner for børn og unge*

Figur 4-3 viser, at der er klare forskelle i kommunerne imellem de fem regioner. Kommunerne i Region Nordjylland og Region Sjælland har det højeste udgiftsniveau pr. indbygger, hvilket særligt kan henføres til højere udgifter til plejefamilier og opholdssteder.

I nedenstående figur har vi opgjort forskellene mellem de enkelte kommuner pr. 1.000 0-17-årige. I figuren er kommunerne opdelt efter små kommuner (under 30.000 indbyggere), mellemstore kommuner (30.000-75.000 indbyggere) og store kommuner (over 75.000 indbyggere). Figuren viser bl.a., at der ift. udgiftsniveauet er en større homogenitet i gruppen af store kommuner end i gruppen af kommuner med under 30.000 indbyggere.

**Figur 4-4: Kommunernes udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge pr. 1.000 0-17-årige i mio. kr., 2011**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

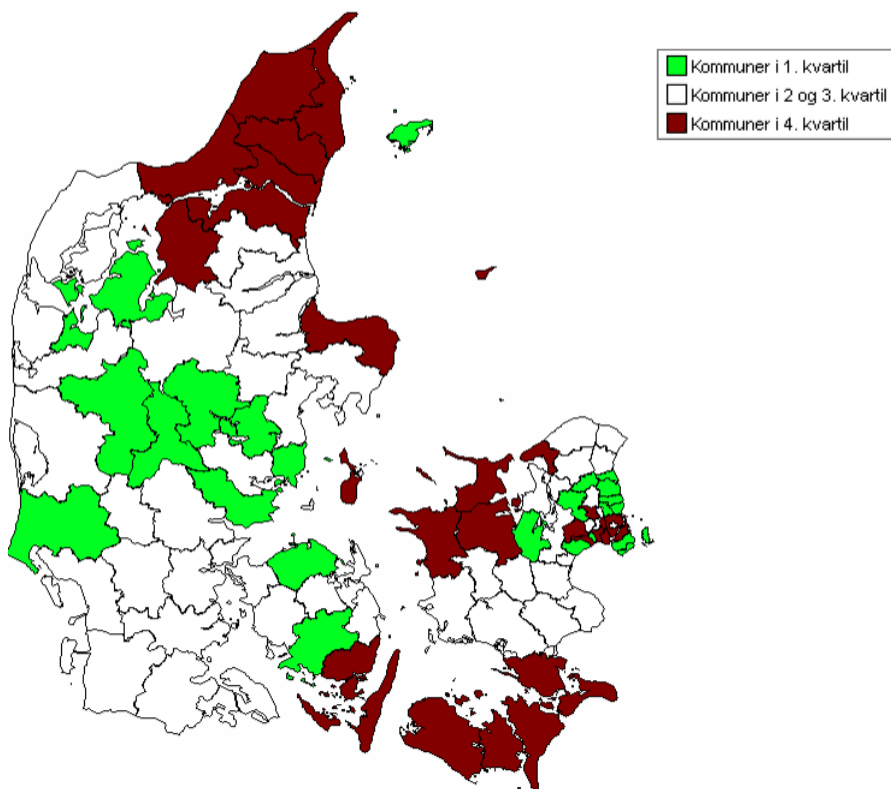
Note: Den solide grønne linje angiver medianen. De stiplede linjer angiver henholdsvis 1. og 3. kvartil.

Figuren viser desuden, at der blandt landets kommuner er en forholdsvis stor variation i udgiften til området pr. 1.000 indbyggere under 18 år. Det ses, at de 25 pct. af kommunerne med lavest udgifter pr. indbygger til udsatte børn og unge bruger under 7,8 mio. kroner pr. 1.000 indbyggere, mens de 25 pct. af kommunerne, der har de højeste udgifter pr. indbygger, bruger over 10,9 mio. kr. pr. 1.000 0-17-årige.

Kortet herunder viser, hvordan de kommuner, der har hhv. de 25 pct. højeste og laveste udgifter i tabellen ovenfor, er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil og dermed har de laveste udgifter. Det ses, at der er et klart mønster, i og med at kommunerne med høje udgifter er placeret i yderområder – især i Region Nordjylland - og i Hovedstadsområdet. Kommunerne med lave udgifter ligger for en stor dels vedkommende i Region Midtjylland og i Hovedstadsområdet.



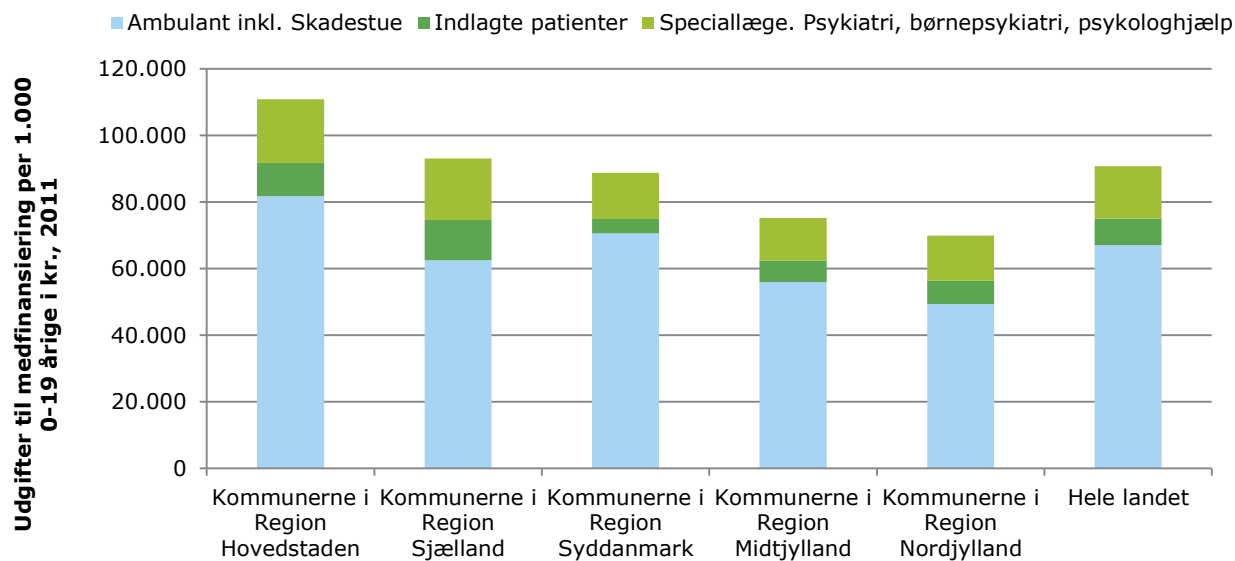
**Figur 4-5: Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave udgifter til det samlede område for udsatte børn og unge**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Kommunerne medfinansierer en del af omkostningerne i den regionale psykiatri. I figuren nedenfor ses der nærmere på kommunernes udgifter til denne medfinansiering til den regionale psykiatri per 1.000 0-19-årige.

**Figur 4-6: Kommunernes udgifter til medfinansiering af børn og unge under 20 år i den regionale psykiatri, per 1.000 0-19 årige i kr., 2011**

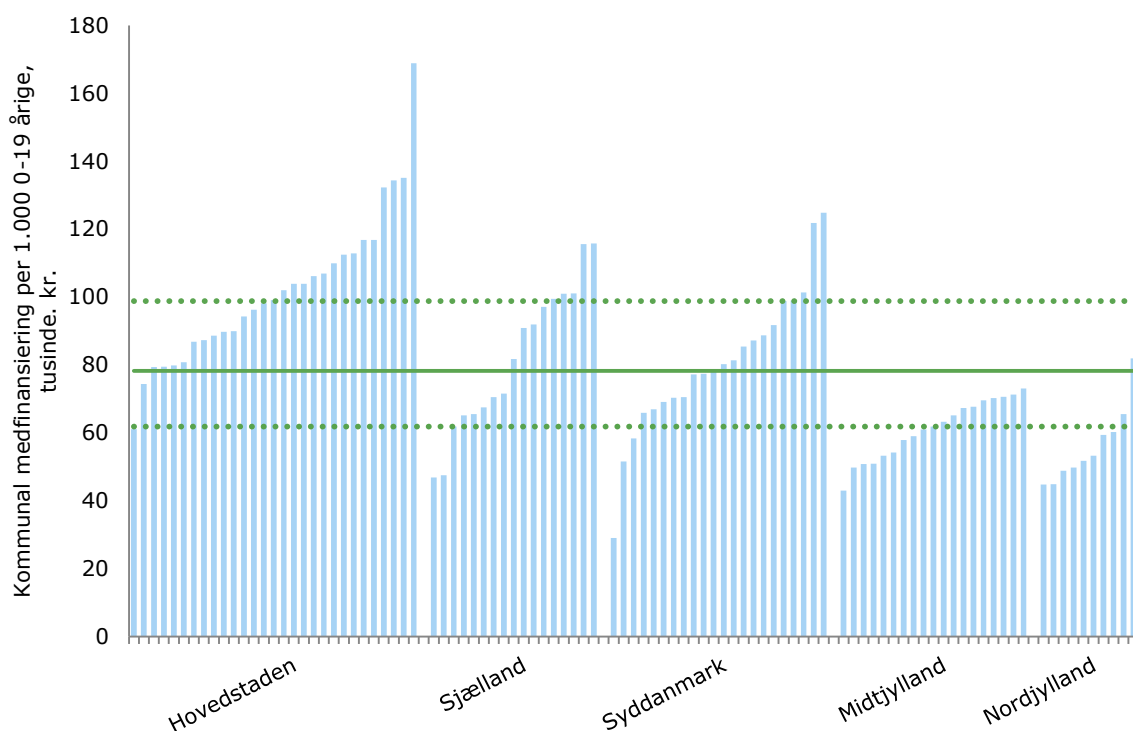


Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Figuren viser, at kommunerne i Region Hovedstaden har væsentligt højere udgifter til medfinansiering af den regionale psykiatri end de øvrige kommuner, mens kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland har væsentligt lavere udgifter end landsgennemsnittet. Sammenholdes kommunernes medfinansieringsudgifter med deres udgifter til området overordnet set, ses der dog ikke nogen signifikant sammenhæng. Idet medfinansieringsudgifterne er udtryk for omfanget af børn og unge med psykiske vanskeligheder i kommunerne, indikerer dette således, at andre faktorer, som fx målgruppens behov for indsatser af mere eller mindre omfattende karakter, betinger kommunernes udgiftsniveau.

Opdeles medfinansieringsudgifter på kommuneniveau, viser disse i lighed med kommunernes overordnede udgifter til området, at der er en forholdsvis stor spredning i udgifterne pr. 1.000 indbyggere under 19 år. Figuren nedenfor viser forskellene mellem de enkelte kommuner:

**Figur 4-7: Kommunernes medfinansieringsudgifter pr. 1.000 0-19-årige i den regionale psykiatri i tusinde kr., 2011**



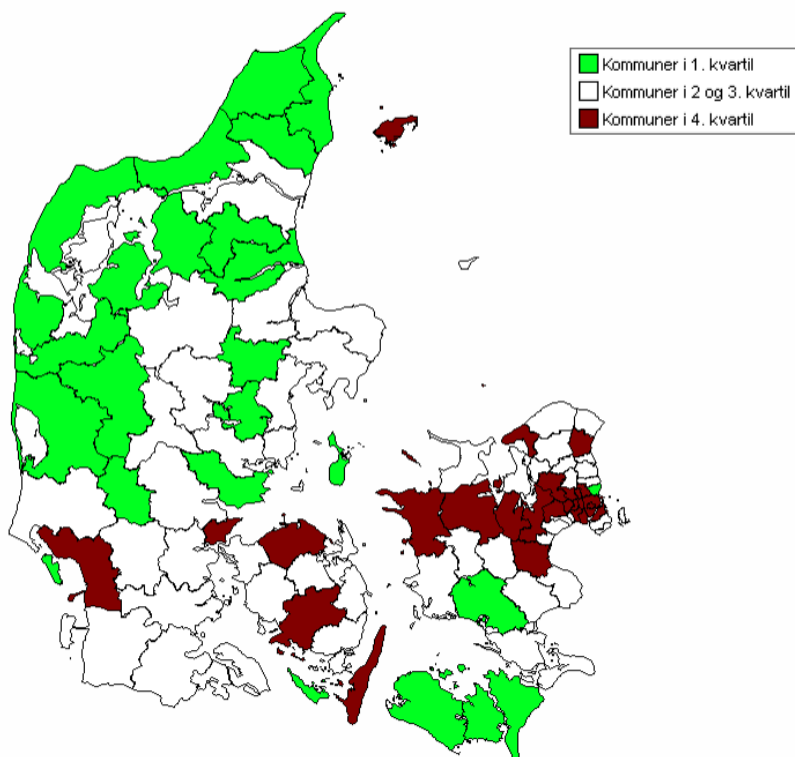
Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Note: Den solide grønne linje angiver medianen. De stiplede linjer angiver henholdsvis 1. og 3. kvartil.

Figuren viser, at de 25 pct. af kommunerne med lavest udgifter pr. indbygger til medfinansiering af indlæggelser i psykiatrien bruger under 61.825 kroner pr. 1.000 0-19-årige, mens de 25 pct. af kommunerne, der har de højeste udgifter pr. 0-19-årige, bruger over 98.675 kr. pr. 1.000 0-19-årige.

Kortet herunder viser, hvordan de kommuner, der har hhv. de 25 pct. højeste og laveste medfinansierings udgifter i figuren ovenfor, er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil og dermed har de laveste udgifter. Kommunerne med høje udgifter er primært placeret omkring Hovedstaden, mens kommunerne med lave udgifter primært er placeret i Nord- og Vestjylland.

**Figur 4-8: Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave medfinansieringsudgifter til børn og unge under 20 år i den regionale psykiatri**



Kilde: Statens Serum Institut og egne beregninger.

#### 4.1.2 Personale

Kommunernes kapacitet på personaleområdet består af de medarbejdere, der er ansat til forebyggende og rådgivende arbejde, samt det personale, der er ansat som plejefamilier eller på institutioner. Afsnittet baseres som udgangspunkt på opgørelser af årsværk fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD). FLD dækker kun personale på de kommunale tilbud, og det må derfor forventes, at tallene for den samlede indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder er undervurderede, da de hverken dækker personale ansat i private tilbud eller plejefamilier (eller døgninstitutioner drevet af regionerne).

Som beskrevet tidligere vil mange af kommunens tilbud være i berøring med børn og unge med psykiske vanskeligheder, og man kan ikke entydigt opdele de præcise medarbejdergrupper, der udelukkende arbejder med børn og unge med psykiske vanskeligheder. Tabellen nedenfor viser fordelingen i antallet af årsværk på forskellige indsatser i kommunernes tilbudsvifte.

**Tabel 4-5: Personale (årsværk) på det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, 2011 (ikke målgruppeopdelt)**

	Antal årsværk	Fordeling
<b>Forebyggende foranstaltninger</b>	3.196	33 %
<b>Plejefamilier og opholdssteder</b>	584	6 %
<b>Døgninstitutioner for børn og unge</b>	5.765	61 %
<b>I alt</b>	<b>9.545</b>	<b>100 %</b>

Kilde: FLD-data og egne beregninger.

Samlet ser var der 9.545 årsværk i kommunerne, der beskæftigede sig med indsatsen for udsatte børn og unge. Omkring 33 pct. var ansat til at gennemføre forebyggende foranstaltninger og støtte i hjemmet, mens omkring 60 pct. var ansat på døgninstitutioner og 6 pct. som plejefamilier eller medarbejder på opholdssteder. Der er nogenlunde samme fordeling mellem udgifter til anbringelser og forebyggende foranstaltninger og fordelingen af årsværk. Ses der på de forskellige typer af anbringelser, er der imidlertid en forskel i fordelingen af udgifter og personaleresourcer på disse. Plejefamilier og opholdssteder står således for 44 pct. af de samlede udgifter på området i 2011, men kun for 6 pct. af de samlede årsværk. Dette skal dog ses i sammenhæng med, at mange af deres aktiviteter købes hos private leverandører.

Samlet set har antallet af årsværk været næsten uændret fra 2007 til 2011, hvilket illustreres i nedenstående tabel, som viser udviklingen i antal årsværk fra 2007-2011:

**Tabel 4-6: Udvikling i antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge, opdelt på hovedkonti, 2007-2011.**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Forebyggende foranstaltninger</b>	2.420	2.581	2.856	3.076	3.196	32 %
<b>Plejefamilier og opholdssteder</b>	616	446	516	571	584	-5 %
<b>Døgninstitutioner for børn og unge</b>	6.409	6.658	6.743	6.604	5.765	-10 %
<b>I alt</b>	<b>9.445</b>	<b>9.685</b>	<b>10.115</b>	<b>10.251</b>	<b>9.545</b>	<b>1 %</b>

Kilde: FLD-data og egne beregninger.

Tabellen viser endvidere, at der er sket en stigning på 32 pct. i antal årsværk tilknyttet forebyggende foranstaltninger og et fald i årsværk i plejefamilier på 5 pct. og døgninstitutioner på 11 pct. Denne udvikling kan ses i sammenhæng med kommunernes stigende fokus på tidlig opsporing og forebyggelse frem for anbringelser, som ligeledes modsvares af udviklingen i udgifter, hvor udgifterne til døgninstitutioner er faldet med 5 pct. i samme periode.

Ligesom i forhold til økonomien skønnes det, at omkring 50 pct. af personalet, svarende til ca. 4.800 årsværk, kan henføres til gruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Den ovennævnte generelle udvikling på området for udsatte børn og unge vurderes derfor ligeledes at gælde specifikt for målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Typen af medarbejdere er ligeledes et relevant parameter at kigger på i kapacitetsmæssig sammenhæng. I nedenstående tabel ses på fordelingen på forskellige medarbejdergrupper.

**Tabel 4-7: Antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge pr. personalegruppe og område, 2011**

Personalekategori	Forebyggende foranstaltninger	Plejefamilier og opholdssteder	Døgninstitutioner for børn og unge	I alt	Antal
Pædagoger	51 %	29 %	46 %	<b>47 %</b>	4.462
Lærere	4 %	5 %	4 %	<b>4 %</b>	363
Pædagogmedhjælpere	5 %	14 %	25 %	<b>18 %</b>	1.672
Psykologer	8 %	0 %	1 %	<b>3 %</b>	324
Socialrådgivere	13 %	5 %	2 %	<b>6 %</b>	552
Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere	1 %	20 %	1 %	<b>2 %</b>	172
Fysio- og ergoterapeuter	1 %	0 %	1 %	<b>1 %</b>	119
Administrativt personale/ledelse	11 %	7 %	12 %	<b>11 %</b>	1.085
Andre	4 %	20 %	8 %	<b>7 %</b>	690
Sundhedspersonale (læger, sygeplejersker)	3 %	0 %	0 %	<b>1 %</b>	104
<b>I alt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	9.545

Kilde: FLD-data og egne beregninger

Note: Sikrede døgninstitutioner indgår under kategorien *Døgninstitutioner for børn og unge*

Pædagoger og pædagogmedhjælpere udgør de største personalegrupper, efterfulgt af administrativt personale og ledelse. På døgninstitutionerne udgør pædagoger og pædagogmedhjælpere 71 pct. af de samlede årsværk, mens det er 43 pct. i plejefamilier og 53 pct. i de forebyggende foranstaltninger. Andelen af psykologer og socialrådgivere er væsentligt højere i de forebyggende foranstaltninger end ved anbringelserne. Tilsammen er 20 pct. af årsværkende til forebyggende foranstaltninger således enten psykologer eller socialrådgivere, mens det på de øvrige områder er mellem 3-5 pct.

I nedenstående tabel har vi set på udviklingen i personalegrupper fra 2007-2011.

**Tabel 4-8: Udvikling i antal årsværk fordelt på forskellige personalekategorier på det samlede område for udsatte børn og unge, 2007-2011**

Personalegrupper	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
Pædagoger	4.353	4.527	4.707	4.838	4.462	3 %
Lærere	354	330	356	345	363	3 %
Pædagogmedhjælpere	1.746	1.894	1.910	1.899	1.672	-4 %
Psykologer	196	275	284	313	324	65 %
Socialrådgivere	370	372	585	581	552	49 %
Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere	272	239	269	275	172	-58 %
Fysio- og ergoterapeuter	158	109	113	123	119	-25 %
Administrativt personale/ledelse	1.304	1.245	1.126	1.113	1.085	-17 %
Andre	629	643	712	700	690	10 %
Sundhedspersonale (læger, sygeplejersker)	61	52	54	64	104	70 %
<b>I alt</b>	<b>9.445</b>	<b>9.685</b>	<b>10.115</b>	<b>10.251</b>	<b>9.545</b>	<b>1 %</b>

Kilde: FLD-data og egne beregninger

Tabellen viser, at det samlede antal årsværk ikke er steget siden 2007, men at der er sket et skift i personalesammensætningen over perioden. Antallet af psykologer er således steget med 65 pct., antallet af socialrådgivere er steget med 49 pct. mens andelen af administrativt personale og ledelse er faldet med 17 pct. fra 2007-2011. Udviklingen i sammensætningen af personalegruppen kan altså imødekomme nogle af de udfordringer vedrørende manglende psykologfaglighed i den kommunale indsats på børn- og ungeområdet, som nævnes i KL's erfaringsopsamling på projekt "*Børn og unge med psykiske problemer – kommunale løsningsmuligheder*". I erfaringsopsamlingen angives manglen på psykologer og psykiatere som en væsentlig barriere for implementering af nogle af de indsatser, som i projektperioden har vist sig lovende i et forebyggelsesperspektiv, fx konsulentstøtte til anbringelsessteder, det evidensbaserede

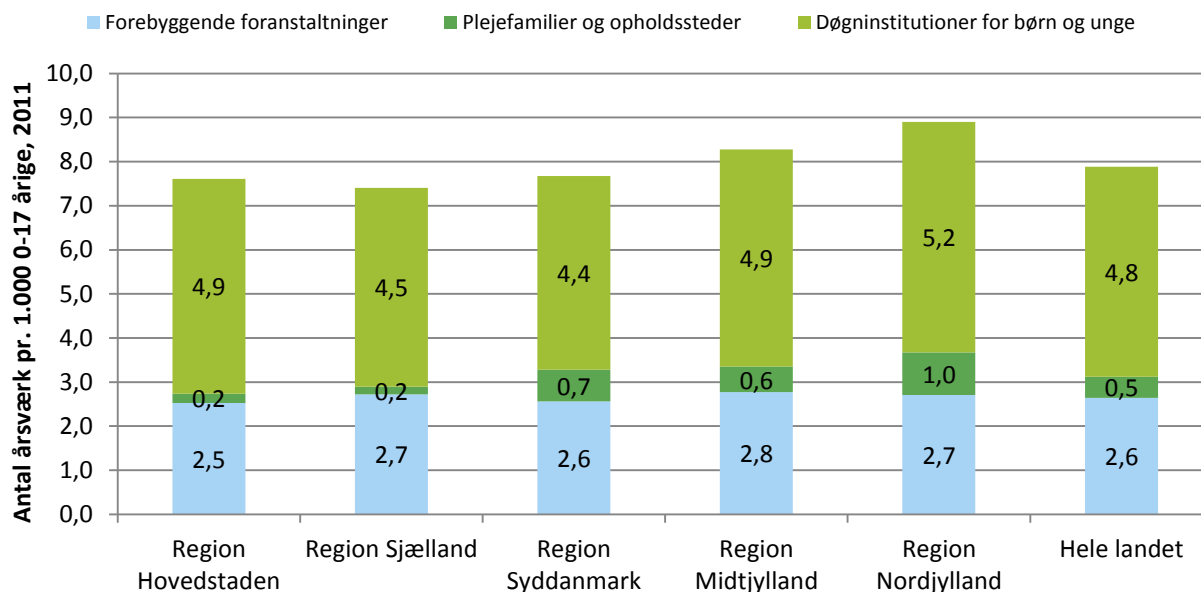
forældretræningsinitiativ PMTO og forebyggende psykologbistand<sup>21</sup>. Det skal dog nævnes, at den relativt lave andel af psykologer, der arbejder inden for området, også kan dække over organisatoriske forskelle mellem kommunerne. I de tilfælde, hvor der trækkes på psykologfaglighed, der er placeret et andet sted i organisationen end på området for udsatte børn og voksne, vil dette således ikke blive registreret.

### Forskelle mellem kommunerne

I dette afsnit ser vi på forskelle mellem kommunerne i de fem regioner i forhold til kapaciteten i antal årsværk.

I nedenstående figur ses en oversigt over antallet af årsværk pr. 1.000 0-17-årige:

**Figur 4-9: Antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge pr. 1.000 0-17-årige pr. region, 2011**



Kilde: FLD-data og egne beregninger

Figuren viser, at kommunerne i Region Nordjylland har flest årsværk pr. 1.000 0-17-årige, mens kommunerne i Region Sjælland har de færrest årsværk pr. 1.000 0-17-årige. Sammenholdt med udgifterne for hele området, ses der ikke nogen stærke sammenhænge, som kan indikere, at mængden af årsværk pr. 1.000 0-17-årige er afgørende for udgiftsniveauet. Dog ses det, at Region Nordjylland, som har flest årsværk pr. 1.000 0-17-årige, også har den højeste udgift pr. 1.000 0-17-årige.

I nedenstående tabel ses udviklingen fra 2007-2011.

**Tabel 4-9: Antal årsværk på det samlede område for udsatte børn og unge pr. 1.000 0-17-årige, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
Kommuner i Region Hovedstaden	8,3	8,2	7,8	7,8	7,6	-9 %
Kommuner i Region Sjælland	7,5	8,0	8,7	8,8	7,4	-2 %
Kommuner i Region Syddanmark	7,6	7,5	8,0	8,2	7,7	2 %
Kommuner i Region Midtjylland	7,5	7,9	8,3	8,4	8,3	10 %
Kommuner i Region Nordjylland	7,7	8,6	9,7	10,1	8,9	15 %
<b>Hele landet</b>	<b>7,8</b>	<b>8,0</b>	<b>8,3</b>	<b>8,4</b>	<b>7,9</b>	<b>1 %</b>

Kilde: FLD-data og egne beregninger

<sup>21</sup> KL (2010). Erfaringsopsamling: Forsøgsprojekter målrettet arbejdet med børn og unge med psykiske problemstillinger.

Tabellen viser, at mens den overordnede udvikling i årsværk på området har været stabil, er der således store forskelle mellem kommunerne på tværs af regionerne. Kommunerne i Region Midtjylland og Region Nordjylland har oplevet en vækst i antallet af årsværk på henholdsvis 15 pct. og 10 pct. mens Region Hovedstaden har oplevet et fald på 9 pct.

#### 4.1.3 Aktivitet

I dette afsnit beskrives aktiviteten i den kommunale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Aktiviteten beskrives i forhold til både børn og unge, der modtager enten forebyggende foranstaltninger eller familiebehandling, og anbragte børn og unge med psykiske vanskeligheder i henholdsvis plejefamilier og på døgninstitutioner.

Når der i afsnittet tales om anbragte børn og unge med psykiske vanskeligheder, er der udelukkende tale om de børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder er angivet som værende den udslagsgivende årsag til anbringelsen<sup>22</sup>. Herudover inddrages anbringelser, hvor ADHD har været årsagen, også separat undervejs.

Som beskrevet tidligere har det også inden for aktiviteten været problematisk at opgøre den del, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Dette gælder for de forebyggende indsatser og familiebehandling.

Indledningsvist ses der på den samlede aktivitet over for udsatte børn og unge. I 2010 blev omkring 12.700 børn anbragt uden for hjemmet, mens omkring 14.800 børn modtog forebyggende støtte. Omkring 43.200 familier modtog familiebehandling. Hvor en stor del af omkostningerne går til anbringelser uden for hjemmet og en mindre del til de forebyggende indsatser, vedrører en stor del af aktiviteten de forebyggende indsatser.

**Tabel 4-10: Antal børn, på det samlede område for udsatte børn og unge som modtager forebyggende foranstaltninger og familierettede indsatser og antal børn, som er anbragt 2007-2011.**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udviklinger 2007-2011
<b>Forebyggende foranstaltninger</b>	13.236	13.365	14.155	14.766	-	<b>12 %*</b>
<b>Familierettede forebyggende foranstaltninger</b>	42.534	41.461	45.326	43.168	-	<b>1 %*</b>
<b>Anbragte 0-17 år</b>	12.629	12.801	12.893	12.681	12.360	<b>-2 %</b>
<b>Anbragte med efterværn 18-22</b>	1.596	1.741	1.773	1.916	1.900	<b>19 %</b>

Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistiks Statistikbanken og egne beregninger.

Note: Nyeste tilgængelige tal for forebyggende foranstaltninger og familiebehandling er fra 2010.

\*Tal for udviklingen fra 2007-2010

Tabellen viser, at der er sket en vækst i forebyggende foranstaltninger på 12 pct. fra 2007-2010, mens familiebehandling er nogenlunde konstant i perioden, og antallet af anbragte børn er faldet med 2 pct. Denne tendens genfindes i økonomitallene, men udgifterne til anbringelser er faldet mere end antallet, hvilket indikerer, at pladsprisen pr. anbringelse er faldet i perioden.

Ligesom det er tilfældet angående økonomien, gælder det også for personaleledelsen, at størstedelen af årsværkene vedrører anbringelser, men kun en mindre del af aktiviteten. Hvor 67 pct. af de samlede årsværk på området er beskæftiget på døgninstitutioner og plejefamilier, viser tabellen nedenfor, at det kun er 18 pct. af aktiviteten, der vedrører disse. Faldet på 2 pct. i antallet af anbragte modsvarer ligeledes med et fald i antallet af årsværk, der vedrører anbringelser på 10 pct., hvilket kan være med til at forklare et fald i pladspriser.

<sup>22</sup> Følgende fire udslagsgivende årsager er medtaget i analysen: Sindslidelser, Udadreagerende adfærds- og/eller tilpasningsproblemer, Selvska-dende, opmærksomhedssøgende adfærd og Indadreagerende adfærds- og/eller tilpasningsproblemer.

I analysen har vi set på andelen af anbringelserne, der kan henføres direkte til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Tabellerne er opgjort i forhold til det samlede antal nyanbringelser. Antallet af nyanbringelser fremgår af tabellen nedenfor.

**Tabel 4-11: Samlet antal nyanbringelser fra 2007-2011.**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
<b>Nyanbringelser på hele området for udsatte børn og unge</b>	3.749	3.626	3.250	3.009	2.634	<b>-30 %</b>

Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistiks Statistikbanken og egne beregninger.

Som ovenstående tabel viser, har der været et fald i nyanbringelser på 30 pct. fra 2007-2011. I nedenstående tabel har vi angivet den andel af nyanbringelser, hvor en eller flere af følgende årsager er angivet som grund for anbringelsen:

- Indadreagerende adfærd
- Udadreagerende adfærd
- Sindslidelser
- Opmærksomhedssøgende/ selvskadende adfærd.

Vi har endvidere medtaget antallet af anbringelser, hvor ADHD har været angivet som en årsag.

**Tabel 4-12: Udvikling i anbragte børn og unge hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag fra 2007 til 2011, i antal og andele af samlet antal anbringelser, samt procentvis vækst fra 2007-2011**

	2007		2008		2009		2010		2011		Udvikling 2007-11
	Antal	Andel*	Antal	Andel*	Antal	Andel*	Antal	Andel*	Antal	Andel*	
Anbringelser med psykiske vanskeligheder som udslagsgivende årsag	1.950	52 %	2.054	57 %	1.829	56 %	1.657	55 %	1.462	56 %	-25 %
Anbringelser med ADHD som udslagsgivende årsag	327	9 %	386	11 %	358	11 %	353	12 %	307	12 %	-6 %
Anbringelser med psykiske vanskeligheder og/eller ADHD som udslagsgivende årsag	2.065	55 %	2.187	60 %	1.922	59 %	1.741	58 %	1.529	58 %	-26 %

Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik og egne beregninger.

Note: \* Andel af de samlede antal anbringelser

Note: Det samlede antal anbringelser inkl. ADHD er ikke lig summen af anbringelser med psykiske vanskelighed som udslagsgivende årsag og anbringelser med ADHD som udslagsgivende årsag, idet der kan angives flere anbringelsesårsager og der dermed kan være overlap mellem de to grupper.

Tabellen viser, at i alt 1.529 børn og unge blev anbragt i 2011, hvor begrundelse for anbringelsen er en af ovennævnte årsager. Samlet set er antallet af anbringelser for målgruppen faldet med 26 pct., hvilket svarer til den generelle udvikling i nyanbringelser fra 2007-2011.

I forhold til forebyggende foranstaltninger og familiebehandling findes der ikke en national datakilde, der kan belyse, hvor stor en andel der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Nedenstående tabel viser kommunernes angivelser af, hvor store andele af de samlede forebyggende foranstaltninger og familiebehandlinger der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder



**Tabel 4-13: Kommunernes angivelser af andelen af forebyggende foranstaltninger og familiebehandling, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder fra 2007-2010\***

	2007		2008		2009		2010		Udvikling 2007-2010
	Antal	Andel*	Antal	Andel*	Antal	Andel*	Antal	Andel*	
<b>Forebyggende foranstaltninger</b>	3.813	29 %	4.016	30 %	4.407	31 %	3.874	26 %	2 %
<b>Familierettede forebyggende foranstaltninger</b>	8.771	21 %	8.823	21 %	9.877	22 %	9.128	21 %	4 %

Kilde: Oplysninger fra kommunen, Danmarks Statistik samt egne beregninger

Note: N<sub>Forebyggende</sub>: 2007=13, 2008=13, 2009=12, 2010=16, N<sub>Familiebehandling</sub>: 2007=11, 2008=11, 2009=12, 2010=12,. Andelen der vedrører sindslidende er udregnet på baggrund af simple gennemsnit af kommunernes angivelser.

\*Tallene for forebyggende foranstaltninger fra 2011 er endnu ikke tilgængelige hos Danmarks Statistik.

På baggrund af kommunernes vurdering skønner Rambøll, at omkring 3.900 børn og unge med psykiske vanskeligheder modtog forebyggende foranstaltninger i 2010, og at omkring 9.100 modtog familierettede forebyggende foranstaltninger. På baggrund af kommunernes indberetninger skønner Rambøll ligeledes, at niveauet stort set er stabilt fra 2007-2010.

### Brugen af evidensbaserede metoder

Rambøll har undersøgt, hvilke evidensbaserede metoder der internationalt har en dokumenteret effekt i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Der er udelukkende set på metoder, hvor der er foretaget et systematisk metareview efter de højeste forskningsmæssige standarder. Undersøgelsen peger på, at følgende metoder har dokumenterede effekt for målgruppen<sup>23</sup>:

- Evidensbaseret forældreprogrammer
- Gruppebaserede evidensbaserede forældreprogrammer (MST, MTFC, De Utrolige År, PMTO)
- Intensive home-based crisis intervention
- Shared Care.

På området for udsatte børn og unge er flere og flere kommuner i gang med at implementere evidensbaserede metoder, og Social- og Integrationsministeriet har nedsat en taskforce, der skal understøtte den videre udbredelse af de evidensbaserede forældreprogrammer. Samlet set anvender op imod halvdelen af landets kommuner (47 pct. – 46 kommuner) i maj 2012 én eller flere af de evidensbaserede indsatser De Utrolige År, PALS, PMTO, MST-CM, MTFC og MultifunC. Heraf drifter 33 pct. af kommunerne selv én eller flere af indsatserne, mens yderligere 13 pct. visiterer til evidensbaserede indsatser uden for eget regi. Indsatserne er dog ikke udelukkende rettet mod gruppen af børn med psykiske vanskeligheder, og det er fortsat kun en begrænset del af målgruppen, der modtager en af ovennævnte evidensbaserede metoder. Rambøll har ikke identificeret evidensbaserede metoder i forhold til anbringelser, som er udbredt i kommunerne.

Et forsøgsprojekt, hvor syv kommuner tilbød psykologhjælp til børn og unge med psykiske vanskeligheder, viste, at indsatsen havde en dokumenteret effekt i forhold til at forbedre situationen for målgruppen (Rambøll, 2011). Flere af kommunerne har valgt at fortsætte indsatsen efterfølgende. Socialstyrelsen har iværksat et forsøgsprojekt for 7 kommuner, som tilbyder forældre støttegrupper til børn og unge med psykiske vanskeligheder fra 0-25 år.

Rambøll har gennemført en beskrivelse af god kommunal praksis i forhold til indsatser for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Det er karakteristisk for de identificerede gode eksempler, at de ikke baserer sig direkte på international evidens.

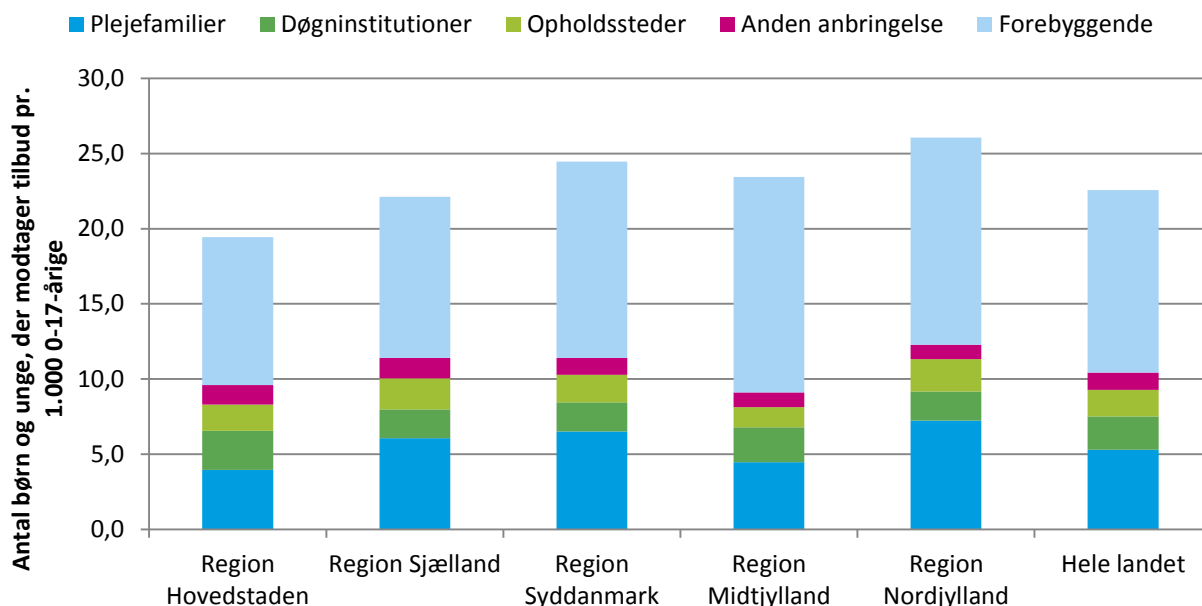
<sup>23</sup> De nævnte metoder er endnu ikke effektdokumenterede i en dansk kontekst, men SFI er i gang med forskningsprojekter, hvor der skal gennemføres randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) på PMTO, MTFC og MultiFunC (se [http://www.sfi.dk/kontrollerede\\_forsog-10332.aspx](http://www.sfi.dk/kontrollerede_forsog-10332.aspx)). Derudover har det nyetablerede effektforskningscenter til forbedring af børns trivsel – støttet af Tryk Fonden – planer om at gennemføre effektstudier (RCT) af PALS og De Utrolige År (se <http://www.trykfonden.dk/Nyheder/2012/11/Ny-banebrydende-boerneforskning>).

Samlet set vurderer Rambøll, at kommunernes familiebehandling i stigende grad er blevet evidensbaseret, mens der mangler at blive udviklet og afprøvet evidensbaserede metoder på kommunernes øvrige foranstaltninger.

### Forskelle mellem kommuner

I nedenstående figur har vi opgjort forskellene i aktiviteterne i kommunerne i de fem regioner.

Figur 4-10: Forskelle i aktivitet vedr. det samlede område for udsatte børn og unge pr 1.000 0-17-årige, 2011



Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figuren viser, at kommunerne i Region Midtjylland har den højeste aktivitet pr. 0-17-årige, mens kommunerne i Region Hovedstaden har den laveste aktivitet pr. 0-17-årige i 2011. Sammenholdt med økonomitallene ses det, at kommunerne i Region Nordjylland, som har den højeste udgift pr. 1.000 0-17-årige, også har den højeste aktivitetsfrekvens. Omvendt ses det, at kommunerne i Region Syddanmark, som har den næstlaveste udgift pr. 1.000 0-17-årige, samtidigt har en meget høj aktivitetsfrekvens. På denne baggrund er det således svært at sige noget endeligt om sammenhængen mellem aktivitetsfrekvenserne og udgifterne pr. 1.000 0-17-årige.

I nedenstående tabel ses en oversigt over udviklingen i antal anbragte, hvor psykiske vanskeligheder har været en udslagsgivende årsag.

**Tabel 4-14: Udvikling i anbragte børn og unge hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag pr. 1.000 0-17 årige, opdelt på regioner og for hele landet, 2007-2011**

	2007		2008		2009		2010		2011		Udvikling 2007-11
	Antal*	Andel**	Antal*	Andel**	Antal*	Andel**	Antal*	Andel**	Antal*	Andel**	
Kommuner i Region Hovedstaden	1,72	17 %	1,66	17 %	1,39	14 %	1,30	14 %	1,05	12 %	-37 %
Kommuner i Region Sjælland	1,21	14 %	1,36	16 %	1,33	15 %	1,26	14 %	1,16	13 %	-4 %
Kommuner i Region Syddanmark	1,71	15 %	1,82	16 %	1,74	14 %	1,64	13 %	1,64	13 %	-7 %
Kommuner i Region Midtjylland	1,80	16 %	1,83	15 %	1,51	13 %	1,51	13 %	1,30	12 %	-29 %
Kommuner i Region Nordjylland	1,71	15 %	1,92	16 %	1,71	15 %	1,33	12 %	1,20	11 %	-31 %
<b>Hele landet</b>	<b>1,61</b>	<b>15 %</b>	<b>1,69</b>	<b>16 %</b>	<b>1,50</b>	<b>14 %</b>	<b>1,36</b>	<b>13 %</b>	<b>1,21</b>	<b>12 %</b>	<b>-25 %</b>

Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik og egne beregninger.

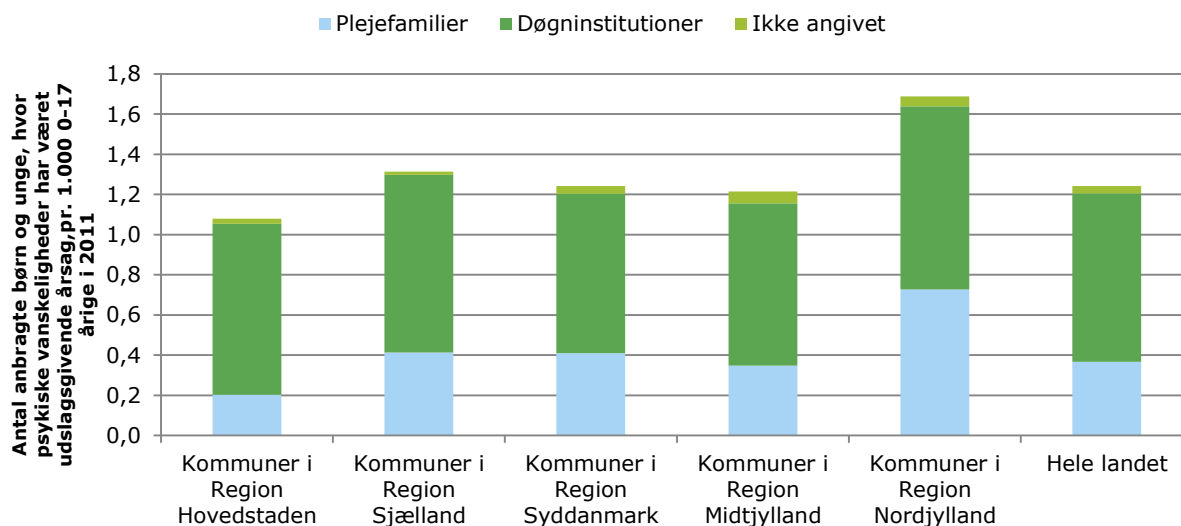
Note: \* Antal anbragte børn hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende per 1.000 indbyggere

Note: \*\* Andel af de samlede antal anbringelser, som har psykiske vanskeligheder som anbringelsesårsag.

Tabeller viser en generel faldende tendens på tværs af de fem regioner i forhold til anbragte børn og unge med psykiske vanskeligheder. Det generelle fald i nyanbringelser svarer til den generelle udvikling i anbringelser i kommunerne. Det ses dog samtidigt, at der er store forskelle på tværs af kommunerne i de forskellige regioner. Mens antallet af anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, kun er faldet med henholdsvis 4 pct. og 7 pct. blandt kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark, er den faldet med over 30 pct. blandt kommunerne i Region Hovedstaden og Region Nordjylland.

I nedenstående figur ses gruppen af anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, fordelt på kommunerne i hver region og på landsplan. Tabellen er opdelt efter de to anbringelsestyper *plejefamilier* og *døgninstitutioner*.

**Figur 4-11: Anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, opdelt på anbringelsestyper og fordelt på regioner per 1.000 0-17 årige i 2011**



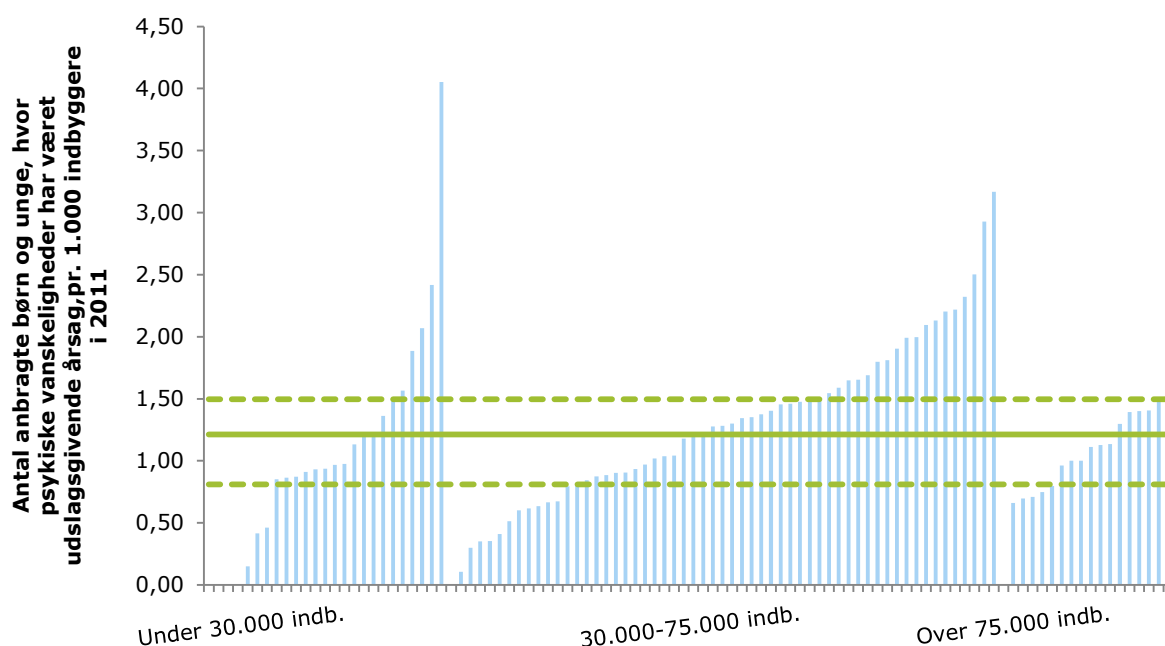
Kilde: Særudtræk fra Ankestyrelsens anbringelsesstatistik og egne beregninger.

Note: Kategorien *Døgninstitutioner* dækker over døgninstitutioner, opholdssteder og andet.

Der er forskel på de fem regioner, i forhold til i hvor høj grad børn og unge med psykiske vanskeligheder anbringes i plejefamilier eller på døgninstitutioner. I kommunerne i Region Nordjylland sker over to tredjedele af anbringelserne af målgruppen i plejefamilier, mens det i Region Hovedstaden kun er knap en tredjedel.

I nedenstående figur ses antal anbragte pr. 1.000 0-17-årige i kommuner, hvor psykiske vanskeligheder har været den udslagsgivende årsag.

**Figur 4-12: Antal anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, opdelt på kommuner per 1.000 0-17 årige i 2011**



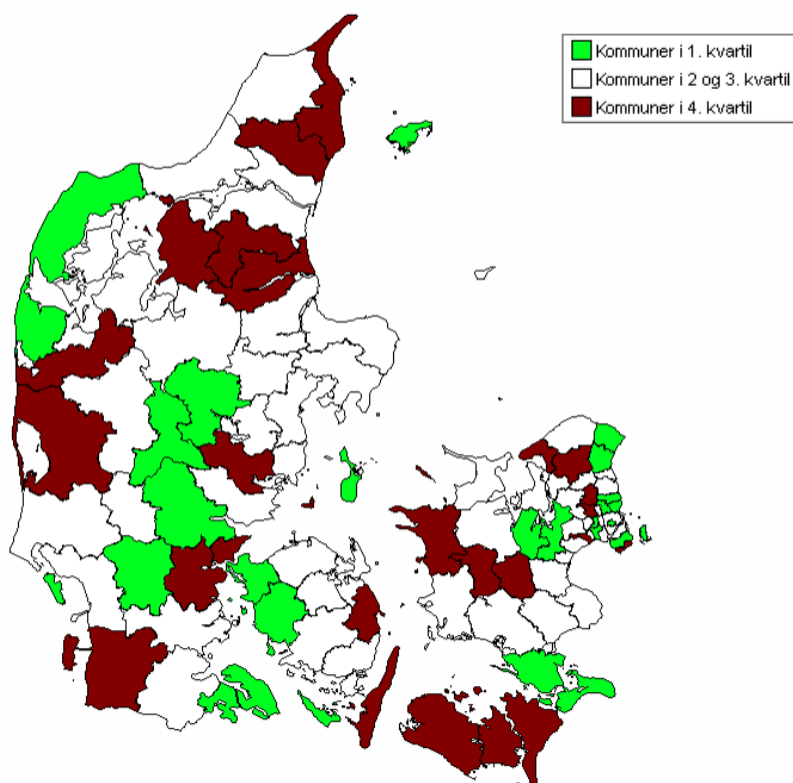
Kilde: Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Den solide grønne linje angiver det gennemsnitlige antal anbragte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag, pr. 1.000 0-17-årige i 2011. De stiplede linjer angiver henholdsvis 1. og 3. kvartil.

Tabellen viser en betydelig variation mellem kommunerne, der kan indikere, at kommunerne i høj grad vælger forskellige løsninger i forhold til at håndtere børn og unge med psykiske vanskeligheder, eller også at sammensætningen af målgruppen er forskellig fra kommune til kommune. Sammenholdt med kommunernes udgifter pr. 1.000 0-17-årige ses der dog ikke nogen signifikant sammenhæng mellem det relative antal anbringelser og de relative udgifter pr. 1.000 0-17-årige. Figuren viser også, at der i forhold til antallet af anbringelser af børn og unge med psykiske vanskeligheder er større homogenitet i gruppen af større kommuner end i gruppen af små og mellemstore kommuner. Dette skal dog også ses som et udtryk for, at anbringelsestallene er opgjort på handlekommuner og ikke myndighedskommuner, hvorfor forskelle mellem køber- og sælgerkommuner vil slå igennem her.

Kortet herunder viser, hvordan de kommuner, der har hhv. de 25 pct. højeste og laveste medfinansieringsudgifter i figuren ovenfor er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil og dermed har de laveste udgifter. Der er ikke umiddelbart et entydigt mønster.

**Figur 4-13: Geografisk fordeling af kommuner med mange og få anbringelser af udsatte børn og unge, hvor psykiske vanskeligheder har været udslagsgivende årsag**



Kilde: Ankestyrelsens anbringelsesstatistik, Danmarks Statistik og egne beregninger.

#### 4.1.4 Pladser

Alle tilbud på det sociale område er forpligtet til at fremgå af en fælles tilbudsportal. Baseret på oplysninger derfra kan man opgøre antallet af tilbud og antallet af pladser til forskellige målgrupper. Rambøll vurderer dog, at der er betydelige udfordringer forbundet med at anvende oplysninger fra Tilbudsportalen, da der kan sættes spørgsmålstegn ved datas validitet som følge af den svingende kvalitet i tilbuddenes indberetninger og opdateringer. Forbeholdet gælder således for alle beregninger i dette kapitel, hvori pladsoplysninger indgår. I nedenstående tabel ses en oversigt over det samlede antal pladser på opholdssteder og døgninstitutioner for udsatte børn og unge:

**Tabel 4-15: Antal pladser og tilbud til alle børn uanset målgruppe, 2009-2011**

	2007		2008		2009		2010		2011		Udvikling 2007-2011	
	Pladser	Tilbud	Pladser	Tilbud	Pladser	Tilbud	Pladser	Tilbud	Pladser	Tilbud	Pladser	Tilbud
<b>Socialpædagogiske opholdssteder</b>	3.907	460	4.577	518	4.852	520	5.515	577	5.686	561	46 %	22 %
<b>Døgninstitutioner</b>	7.743	310	7.413	314	6.228	302	6.980	318	6.439	300	-17 %	-3 %

Kilde: Tilbudsportalens databank og egne beregninger

Note: Opgørelsen viser antal pladser inkl. dobbelttilbud. Der kan angives flere juridiske grundlag pr. tilbud og der kan derfor være overlap mellem de to grupper, og der kan derfor heller ikke summeres over de to grupper. Data er opgjort pr. 1/10 i året

Ovenstående tabel viser, at antallet af opholdssteder til udsatte børn og unge er steget fra 460 til 561 tilbud fra 2007-2011, svarende til en stigning på 22 pct. Samtidig er antallet af døgninstitutioner faldet fra 310 til 300 fra 2007-2011, svarende til et fald på 3 pct.

I Tilbudsportalen skal det enkelte tilbud angive, hvilke målgrupper som tilbuddet henvender sig til. Ud fra disse oplysninger er det muligt at opgøre tal for, hvor mange tilbud og hvor mange pladser der henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-16: Antal tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2010-2012**

	2010	2011	2012	Udvikling fra 2010 til 2012
<b>Antal opholdssteder</b>	268	298	325	21 %
<b>Antal døgninstitutioner</b>	125	127	145	16 %
<b>Opholdssteder og/eller døgninstitutioner, som ikke entydigt kan henføres til disse, men ikke fordeles mellem de tre</b>	6	6	4	-33 %
<b>Plejefamilier opholdssteder og/eller døgninstitutioner, som også har ydelser på andre paragraffer</b>	54	84	115	-

Kilde: Tilbudsportalens databank og egne beregninger

Note: Der kan angives flere juridiske grundlag pr. tilbud og der kan derfor være overlap mellem de to grupper, og der kan derfor heller ikke summeres over de to grupper. Data fra Tilbudsportalen er ikke tilgængeligt fra tidligere end 2009, og er opgjort pr. 1/10 i året

Tabellen viser, at antallet af opholdssteder og døgninstitutioner, der henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder, er steget med henholdsvis 21 pct. og 16 pct. Tallene indikerer, at en større andel af døgninstitutionerne henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder i 2012 end i 2010, da antallet af institutioner til målgruppen er stigende, samtidigt med at det samlede antal døgninstitutioner er faldende.

I nedenstående tabel har vi opgjort antallet af pladser på tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-17: Antal pladser til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2010-2012**

	2010	2011	2012	Udvikling 2010-2012
Pladser på opholdssteder	2.147	2.449	2.744	28 %
Pladser på døgninstitutioner	2.453	2.336	2.531	3 %
- Heraf pladser i regionerne	134	139		-
Pladser på opholdssteder og/eller døgninstitutioner, der ikke kan fordeles mellem opholdssteder og døgninstitutioner	99	101	28	-
Pladser i plejefamilier, på opholdssteder og/eller døgninstitutioner som ikke entydigt kan henføres til børn- og ungeområdet.	973	1.384	1.643	-

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen, Opgørelse fra Danske Regioner og egne beregninger

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, som relaterer sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder, medregnes i opgørelsen.

Tabellen viser, at antallet af pladser på opholdssteder er steget med 28 pct., mens antallet af pladser på døgninstitutionerne er steget med 3 pct. fra 2010-2012. Tabellen viser ligeledes, at kun en begrænset del af døgninstitutionspladserne fortsat drives af regionerne.

### Forskelle mellem kommunerne

I nedenstående tabel ses en oversigt over fordelingen af pladserne mellem kommunerne i de fem regioner.

**Tabel 4-18: Antallet af tilbud til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2011, pr. region og hele landet, pr. paragraf, pr. 1.000 0-17-årige**

	Kommuner i Region Hovedstaden	Kommuner i Region Sjælland	Kommuner i Region Sydjylland	Kommuner i Region Midtjylland	Kommuner i Region Nordjylland	Hele landet
Antal opholdssteder	0,69	1,56	3,46	4,47	1,82	1,99
Antal døgninstitutioner	1,83	2,24	1,91	1,97	1,72	1,93

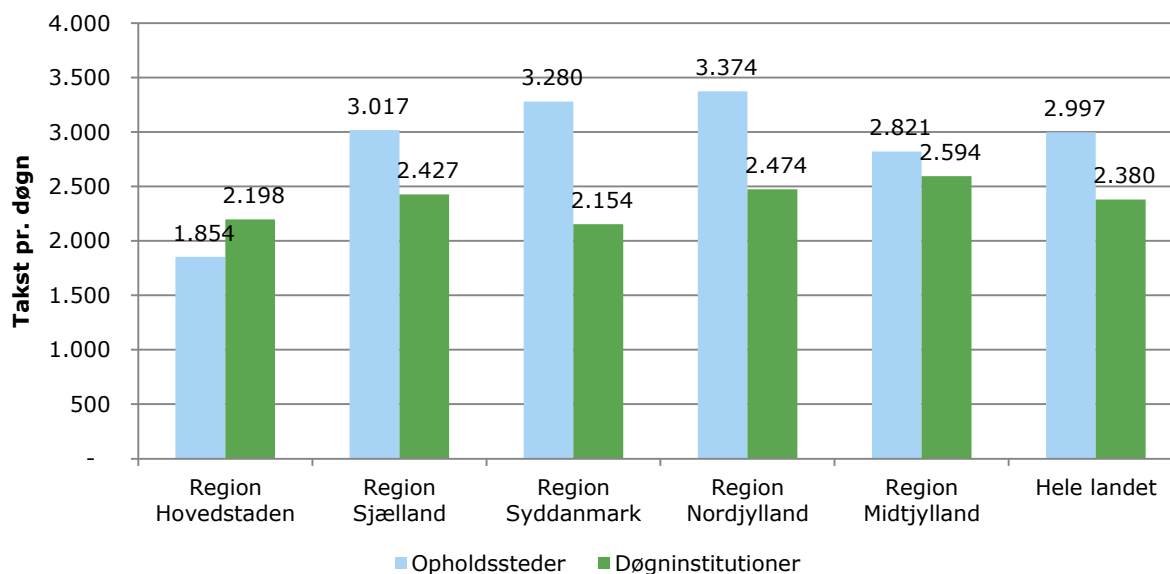
Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger.

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

Tabellen viser, at der er betydelig forskel mellem kommunerne i de fem regioner, i forhold til hvor mange døgninstitutioner og opholdssteder der er til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Region Nordjylland har omkring 1,82 opholdssted pr. 1.000 indbyggere under 18, mens Region Hovedstaden kun har 0,69 opholdssteder pr. 1.000 indbyggere under 18. Andelen af døgninstitutioner er dog relativt mere stabil mellem kommunerne i de fem regioner.

I nedenstående tabel ses en opgørelse af de gennemsnitlige takster på tilbud i kommunerne i de fem regioner:

**Figur 4-14: Gennemsnitlige takster (kr. pr. døgn) på døgninstitutioner og opholdssteder til børn og unge med psykiske vanskeligheder**



Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger.

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

Tabellen viser, at opholdsstederne generelt er væsentligt billigere i Region Hovedstaden end de øvrige regioner. Der er derimod begrænsede forskelle i de gennemsnitlige takster på døgninstitutioner mellem de fem regioner.

De senere år har der fra bl.a. KL's side været fokus på en stabilisering af taksterne, således at styringsgrundlaget for det specialiserede område sikres<sup>24</sup>. Dette gøres med udgangspunkt i den årlige rammeaftale, hvor en gennemgang viser, at der tilstræbes nul-vækst eller takstnedsættelse på tværs af kommunerne i alle regioner.

#### 4.1.5 Kapacitetsudnyttelse

I dette afsnit foretages der yderligere analyser af kommunernes indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Modsat de tidligere afsnit, som har taget udgangspunkt i henholdsvis økonomi, aktivitet, personale og pladser, så har dette afsnit en tværgående karakter. Strukturen i afsnittet er analysedrevet, idet der er fokus på de faktorer, som bidrager til at øge forklaringskraften, i forhold til hvad der betinger og påvirker kapaciteten i den kommunale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Analyserne tager afsæt i de allerede præsenterede grundtal i de tidligere afsnit. Der inddrages dog også yderligere tal fra blandt andet spørgeskemaundersøgelsen, som ikke er blevet præsenteret i de tidligere afsnit.

<sup>24</sup> KL (2012). *Oversigt over styringsaftaler 2013*.

Kommunernes evne til at udnytte kapaciteten kan komme til udtryk på flere måder, og i dette afsnit gennemgås nogle af de elementer, som har en betydning, fx belægningsprocent, ventetid i forbindelse med sagsbehandling og visitation samt manglende flow i overgange mellem den regionale børne- og ungdomspsykiatri og de kommunale tilbud. Det er afgørende for kommunernes kapacitetsudnyttelse, at der i alle led er en fleksibilitet, som kan sikre, at der ikke opstår "uproduktiv" ventetid, der hverken skaber værdi i sagsbehandlingen eller for borgerens forløb. Derudover er det afgørende, at pladserne er så fleksible så muligt, så der ikke i længerevarende perioder bindes kapacitet i specialiserede tilbud. Afsluttet rundes af med en diskussion om, hvad der kan bidrage til at optimere processerne på børn- og ungeområdet – baseret på de værdistrømsanalyser på typiske borgerforløb, som Rambøll har gennemført i udvalgte casekommuner.

### Belægning og ventetid

Rambøll har som led i undersøgelsen bedt kommunerne om at angive belægningsgraden for deres døgninstitutioner og de plejefamilier, de anvender. I nedenstående tabel er kommunernes svar angivet:

**Tabel 4-19: Kommunernes angivelser af gennemsnitlige belægningsgrader på døgninstitutioner og i plejefamilier til børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2007-2011**

Belægningsgrad i pct.	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Døgninstitutioner</b>	90 %	90 %	89 %	95 %	95 %	5 pct.point
Konfidensintervaller	77-103 %	80-100 %	79-99 %	90-101 %	88-102 %	
<b>Plejefamilier</b>	83 %	83 %	82 %	83 %	83 %	0 pct.point
Konfidensintervaller	65-101 %	63-102 %	62-103 %	64-101 %	66-101 %	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger

Note: N<sub>plejefamilier</sub>: 2007=9, 2008=11, 2009=11, 2010=11, 2011=12; N<sub>døgninstitutioner</sub>: 2007=7, 2008=7, 2009=7, 2010=7, 2011=7. Belægningsprocenter på over 100 kan forekomme, idet der i så fald er flere anbragte børn og unge end der er normeret pladser til. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne i gennemsnit har en belægning på 95 pct. på deres døgninstitutioner i 2011, og at belægningen er steget fra 90 pct. i 2007. Der er dog en vis usikkerhed knyttet til dette tal, da det ikke er baseret på en opgørelse fra alle kommuner.

Nedenfor ses der på kommunernes vurderinger af de gennemsnitlige ventetider på forskellige tilbud for børn og unge med psykiske vanskeligheder:



**Tabel 4-20: Kommunernes angivelser af de gennemsnitlige ventetider til forskellige indsatser over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, 2011**

Indsats	Gennemsnit antal dage fra visitation til påbegyndelse af tilbud
<b>Anbringelse i plejefamilie</b> Konfidensinterval	45 dage 27-62 dage
<b>Anbringelse på døgninstitution</b> Konfidensinterval	42 dage 25-61 dage
<b>Anbringelse på opholdssted</b> Konfidensinterval	43 dage 26-61 dage
<b>Forebyggende foranstaltninger (alle)</b> Konfidensinterval	43 dage 25-60 dage

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger

Note: Nplejefamilie=22; Ndøgninstitution=20; Nopholdssted=21; Nforebyggende=21. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne har en ventetid på omkring 40 dage til samtlige tilbud. Der er således ikke de store forskelle på tværs af forskellige tilbudstyper.

### Færdigbehandlede patienter

Kommunernes generelle medfinansiering af den regionale psykiatri er belyst i afsnittet vedr. økonomien. Udover denne generelle medfinansiering, som kun til en vis grad kan styres af kommunerne i form af forebyggende tilbud, er der medfinansiering på færdigbehandlede patienter efter de faste DRG-takster, der i 2011 udgjorde 1.834 kr. pr. døgn for en færdigbehandlet patient, der er klar til udskrivning, men som ikke kan udskrives, før kommunen kan modtage dem.

Udviklingen i udgifter til medfinansiering af færdigbehandlede patienter kan dermed ses som en indikator for kommunernes evne til at koordinere med den regionale psykiatri – og dermed kapacitetsstyre.

I de nedenstående to tabeller ses antallet af færdigbehandlede sengedage pr. region – både i faktiske tal og opgjort pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i hver region.

**Tabel 4-21: Antal færdigbehandlede sengedage i den regionale psykiatri for børn og unge under 20 år, pr. region, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	2.358	1.048	1.798	1.704	1.224	-48 %
Sjælland	288	457	565	706	345	20 %
Syddanmark	1.023	1.139	1.094	709	546	-47 %
Midtjylland	99	212	803	168	443	347 %
Nordjylland	245	344	479	45	8	-97 %
<b>I alt</b>	<b>4.013</b>	<b>3.200</b>	<b>4.739</b>	<b>3.332</b>	<b>2.566</b>	<b>-36 %</b>

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

**Tabel 4-22: Antal færdigbehandlede sengedage i den regionale psykiatri pr. 1.000 0-19-årige for børn og unge under 20 år, pr. region, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	6,24	2,75	4,67	4,38	3,11	-48 %
Sjælland	1,42	2,24	2,76	3,47	1,71	20 %
Syddanmark	3,41	3,79	3,63	2,36	1,83	-47 %
Midtjylland	0,31	0,67	2,52	0,53	1,39	347 %
Nordjylland	1,72	2,42	3,37	0,32	0,06	-97 %
<b>I alt</b>	<b>3,00</b>	<b>2,38</b>	<b>3,50</b>	<b>2,46</b>	<b>1,90</b>	<b>-36 %</b>

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

De to ovenstående tabeller viser, at antallet af færdigbehandlede sengedage på landsplan er faldet fra 4.013 i 2007 til 2.566 i 2011 – svarende til et fald på 36 pct. I 2011 havde kommunerne i Region Hovedstaden klart det højeste niveau med 3,11 antal sengedage pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Nordjylland kun havde 0,06 antal sengedage pr. 1.000 indbyggere. Generelt har kommunerne i de fem regioner oplevet en meget forskellig udvikling fra 2007-2011. Kommunerne i Region Midtjylland har i gennemsnit oplevet en vækst på over 300 pct., mens kommunerne i Region Syddanmark, Hovedstaden og Nordjylland har oplevet et fald på hhv. 46, 50 og 97 pct.

I nedenstående tabel ses en oversigt over, hvor mange dage de færdigbehandlede patienter i gennemsnit er i den regionale psykiatri – fra de er færdigbehandlede, til de kommer tilbage til eget hjem og kommunens indsats.

**Tabel 4-23: Gennemsnitligt antal sengedage pr. færdigbehandlet patient i den regionale psykiatri (børn og unge under 20 år), pr. region og samlet, 2007-2011.**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	59	44	49	45	44	-26 %
Sjælland	96	29	38	35	31	-67 %
Syddanmark	38	26	32	28	36	-4 %
Midtjylland	17	30	80	13	40	144 %
Nordjylland	82	31	53	15	8	-90 %
<b>Hele landet</b>	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>39</b>	<b>-23 %</b>

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Tabellen viser, at børn og unge i 2011 i gennemsnit var færdigbehandlede efter 39 dage i den regionale psykiatri. Dette er faldet fra 51 dage i 2007 – svarende til et fald på 23 pct. Tabellen viser ligeledes en markant forskellig udvikling i kommunerne i de fem regioner. Kommunerne i Region Midtjylland har oplevet en stigning på 144 pct. i antal dage for færdigbehandlede patienter, mens kommunerne i Region Sjælland og Region Nordjylland har oplevet et betydeligt fald. Udviklingen i antallet af sengedage for færdigbehandlede og udgifterne til dette hænger dermed i høj grad sammen med kommunernes evne til at reducere antallet af dage, efter den enkelte patient er færdigbehandlet – og i mindre grad sammen med evnen til at reducere antallet af patienter. Det skyldes, at de patienter, der venter på et dækkende kommunalt tilbud, venter i gennemsnit 39 dage.

## 4.2 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

I dette afsnit kortlægges kapaciteten i den specifikke del af den kommunale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, som omhandler Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR). Herefter gives der en vurdering af udfordringer og potentialer for en optimering af denne kapacitet. Kortlægningen af kapaciteten i indsatser for børn og unge med psykiske vanskeligheder hos PPR tager udgangspunkt i perioden fra 2007-2011. Indledningsvist beskrives de tilbudstyper, der ligger i regi af PPR.

I boksen nedenfor beskrives de tilbudstyper, PPR kan siges at have ud fra den normale afgrænsning af PPR's arbejdsområde. Det er ud fra denne inddeling, at PPR's kapacitet skal vurderes. Målgruppen for PPR's indsats er som udgangspunkt betydeligt bredere end den, der er afgrænset for denne opgave, men for alle tilbudstyper må børn og unge med psykiske vanskeligheder forventes at udgøre en delmængde af den samlede målgruppe.

### Boks 4-3: Tilbudstyper i den kommunale sociale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, som vedrører Pædagogisk Psykologisk Rådgivning

Med udgangspunkt i hvordan PPR's arbejdsområde normalt afgrænses, kan PPR siges at have fem overordnede tilbudstyper, hvor der vil være et naturligt overlap mellem flere af tilbudstyperne i de enkelte forløb for målgruppen. Hver tilbudstype rummer en række handlemuligheder, som PPR kan anvende i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, deres familier og medarbejdere i dagtilbud og på skoler. De fem tilbudstyper er:

- Forebyggelse
- Rådgivning og konsultativ bistand til lærere og pædagoger
- Udredning
- Samtaler
- Visitation og revisitation.

Indsatser over for børn og unge med psykiske vanskeligheder er primært reguleret under serviceloven, men hvad angår PPR, udgøres lovgrundlaget af Lov om folkeskolens § 12 som et led i evt. viderehenvielse til mere specialiserede tilbud. Der blev i 2012 gennemført en ændring af folkeskoleloven om inklusion af elever med særlige behov i den almene undervisning (Lov nr. 379 af 28.04.2012, der trådte i kraft for skoleåret 2012/2013), som afgrænser specialundervisning til at være undervisning, hvor eleven modtager støtte mindst 9 ugentlige timer<sup>25</sup>.

PPR er dermed gennem lovgivningen tildelt en formel rolle i visitationsprocessen. Der kan dog være forskel på, hvilken rolle og hvor stor en indflydelse PPR i øvrigt er tildelt i forhold til både visitationen af elever med særlige behov til specialundervisning og den generelle tilrettelæggelse af kommunens specialundervisningsindsats.

Analysen af specialundervisningen i folkeskolen viste, at ca. 84.000 elever i folkeskolen modtog specialundervisning i skoleåret 2008/2009, hvoraf cirka 51.000 elever modtog specialundervisning i inkluderende undervisningsformer. I skoleåret 2008/2009 modtog 44.840 elever almindelig specialundervisning i 0-6 timer ugentligt, og 4.111 elever modtog almindelig specialundervisning i 7-11 timer ugentligt. 2.373 elever var enkeltintegrerede, hvilket betyder, at de modtager specialundervisning i den overvejende del af skoletiden, men fortsat deltager i den almindelige undervisning. De resterende cirka 33.000 elever modtog undervisning i segregerede undervisningsformer, hvoraf 13.383 elever gik i specialklasser, og 19.371 elever gik i specialskoler (gælder for skoleåret 2008/2009 og er dermed ikke omfattet af den ændrede folkeskolelov af 28.04.2012, Analyse af specialundervisning i folkeskolen, Deloitte 2009).

Analysen viser, at de samlede bruttoudgifter<sup>26</sup> til specialundervisning udgjorde 9,68 mia. kr. på landsplan i skoleåret 2008/2009, mens nettoudgifterne<sup>27</sup> udgjorde 7,94 mia. kr. En elev, der modtager enten almindelig specialundervisning eller enkeltintegreret undervisning, koster i gennemsnit cirka 33.926 kr. mere end en almindelig folkeskoleelev (gælder for skoleåret 2008/2009 og er dermed ikke omfattet af den ændrede folkeskolelov af 28.04.2012, Analyse af specialundervisning i folkeskolen, Deloitte 2009).

<sup>25</sup> Ændringen i folkeskoleloven betyder, at elever, der kun modtager få timers specialundervisning om ugen, fremadrettet ikke vil have krav på dette. Dette skal ses som udtryk for, at man fra politisk side ønsker, at den almindelige skole i højere grad skal være rammen, når det gælder skolegangen for elever med særlige behov. Med den nye lovgivning vil der ikke, som tidligere, skulle træffes en afgørelse i forhold til den enkelte elev om specialundervisning, når det drejer sig om en elev med behov for støtte i mindre end 9 undervisningstimer ugentligt.

<sup>26</sup> Bruttoudgifterne omfatter de samlede udgifter til de respektive undervisningstilbud, mens nettoudgifterne er korrigeret for de udgifter, der alternativt ville være forbundet med at yde et almindeligt undervisningstilbud til de pågældende elever i den almene skole, og som eleverne derfor under alle omstændigheder ville koste. Nettoopgørelsen tager således højde for, at alle elever som udgangspunkt koster den almindelige gennemsnitsudgift i folkeskolen, der kan opgøres til 53.449 kr. per elev (Analyse af specialundervisning i folkeskolen, Deloitte 2009).

<sup>27</sup> De samlede udgifter til folkeskolen er her opgjort som summen af de regnskabsmæssige udgifter på funktion 3.22.01, 3.22.07 og 3.22.08 i den kommunale konto-plan (Analyse af specialundervisning i folkeskolen, Deloitte 2009).

En af PPR's funktioner i indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder er deltagelse i den brede kommunale forebyggende indsats målrettet psykisk sårbare børn og unge på flere arenaer - fx i skolen, i familien og i barnets sociale relationer. PPR bidrager til at understøtte inklusionsarbejde af bl.a. psykisk sårbare børn og unge i undervisningssituationer og i dagtilbud på normalområdet. I forlængelse af dette har PPR en funktion i forhold til den konsultative rolle over for lærere og pædagoger, der gives vejledning og rådgivning til at håndtere konkrete situationer.

Børn og unge med psykiske vanskeligheder er typisk i kontakt med PPR i forbindelse med pædagogisk og psykologisk udredning, samtaler, vejledning forud for evt. behandling eller specialundervisningsforanstaltninger, jf. folkeskolelovens § 12, stk. 2. PPR spiller en betydelig rolle i visitations- og viderehenvissningsprocessen for det enkelte barn og den enkelte unge og vil derfor kunne medvirke til, at der skabes større fokus på inklusionsarbejdet end på viderehenvissning til mere segregerede tilbud og undervisningsformer.

Der er som udgangspunkt stor variation i PPR's rolle og organisatoriske placering på tværs af kommuner. Således er der stor forskel på, om PPR's arbejdsopgaver er afgrænset til skoleområdet eller tænkes bredere i forhold til en tidligere indsats. PPR's rolle i den kommunale organisering - i forhold til fx den konsultative rolle, medbestemmelse på specialundervisningsforløb mv. - er der også stor forskel på.

I nedenstående boks har vi angivet de væsentligste resultater vedr. PPR.

#### Boks 4-4: Opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. PPR

- Indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder ses som en integreret del af kommunernes samlede PPR-indsats for udsatte børn og unge. Kommunernes PPR-indsats henvender sig til en bredere målgruppe, og opgørelsen af den præcise kapacitet er derfor forbundet med et skøn.
- Rambøll skønner, at kommunerne bruger omkring 0,4 mia. kr. i PPR til børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvilket udgør omkring 1/3 af de samlede udgifter til PPR.
- Udgifterne til PPR er samlet set steget med 5 pct. fra 2007-2011. Kommunernes opgørelser peger på en svag tendens til, at udgifterne til børn og unge med psykiske vanskeligheder er steget lidt mere end den generelle udvikling.
- Kommunerne har ansat 2.468 personaleårsværk i 2011 i PPR, hvilket er en stigning på 5 pct. i forhold til 2007. Antallet af psykologer er steget med 23 pct. fra 2007-2011 og udgjorde 50 pct. af de samlede årsværk i 2011. Det skønnes, at omkring halvdelen af psykologernes årsværk er allokeret til indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder.
- Rambøll skønner, at PPR havde omkring 8.000 henvendelser vedr. børn i dagtilbud med psykiske vanskeligheder og gennemførte omkring 4.000 pædagogisk psykologiske vurderinger vedr. børn i dagtilbud i 2011. Det skønnes, at PPR havde omkring 12.000 henvendelser vedr. børn i grundskolen med psykiske vanskeligheder og gennemførte omkring 7.500 pædagogisk psykologiske vurderinger for denne målgruppe.
- Der er generelt store forskelle på kommunernes udgifter og aktiviteter på PPR. Forskellene kan ikke direkte henføres til omfanget af børn og unge i kontakt med den regionale psykiatri, størrelse, demografi eller regionalt tilhørsforhold. Sammenholdt med kommunernes vurdering af potentialer vurderes der derfor at være mulighed for en mere effektiv kapacitetsudnyttelse ved i højere grad at anvende en forebyggende og tidlig indsats og i højere grad arbejde med inklusion i de almene dagtilbud eller i den almene undervisning.

#### 4.2.1 Økonomi

Udgifterne til PPR fra konto 3.22.04 udgjorde i 2011 ca. 1,2 mia. kr. Til sammenligning var udgifterne til de øvrige børn- og ungeområder (forebyggende indsatser samt anbringelser uden for eget hjem) 13,3 mia. kr.

I nedenstående tabel ses en oversigt over udviklingen i de samlede udgifter til PPR fra 2007-2011.

**Tabel 4-24: Udvikling over de samlede udgifter til PPR (ikke målgruppeopdelt), 2007-2011, (2011-PL)**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
PPR	1,2 mia. kr.	1,2 mia. kr.	1,2 mia. kr.	1,2 mia. kr.	1,2 mia. kr.	5 %

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Udgifterne er opgjort som nettodriftsudgifter og er opgjort i 2011-PL.

Tabellen viser, at niveauet for udgifter til PPR har været relativt stabilt i perioden fra 2007 til 2011. Der er i perioden fra 2007 til 2011 således sket en stigning på 52 mio. kr. svarende til 5 pct.

Der findes ingen præcise opgørelser over, hvor stor en andel af udgifterne til PPR der kan henføres til børn og unge med psykiske vanskeligheder. Vi har derfor bedt kommunerne om at foretage et skøn over andelen af udgifterne, der kan henføres til børn og unge med psykiske vanskeligheder. I nedenstående tabel ses et svar baseret på kommunernes skøn.

**Tabel 4-25: Kommunernes skøn over andelen af udgifterne til PPR, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>PPR-enhederne skøn over økonomisk andel</i>						
Gennemsnit	34 %	35 %	33 %	36 %	37 %	3 pct.point
Konfidensinterval	22-45 %	23-47 %	22-44 %	26-46 %	28-46 %	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne.

Note: N2007=14, N2008=14, N2009=16, N2010=17, N2011=18. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne i gennemsnit skønner, at omkring 37 pct. af udgifterne kan henføres til børn og unge med psykiske vanskeligheder, og at der er sket en stigning på 3 procentpoint fra 2007 til 2011. Det adskiller sig fra det skøn, som PPR-enhederne giver i forhold til andel af personale, hvilket er 45 pct. (se tabel 4-29). Skønnet over udgifterne i 2011 til børn og unge med psykiske vanskeligheder varierer dog fra 28 pct. til 46 pct. mellem PPR-enhederne. Det kan derfor ikke med sikkerhed siges, at udviklingen ikke skyldes datausikkerhed.

Rambøll skønner, at kommunerne anvender omkring 0,4 mia. kr. til PPR-indsatser over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, svarende til omkring 37 pct. af de samlede udgifter til PPR. I forhold til de samlede kommunale udgifter til indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder udgør PPR's udgifter til målgruppen ca. 6 pct.

### Forskelle mellem kommunerne

I nedenstående afsnit ser vi på forskellene mellem kommunerne på udgifterne til PPR.

**Tabel 4-26: Udvikling i de samlede udgifter til PPR pr. 1.000 0-17-årige, pr. region 2007-2011, mio. kr.**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>(mio. kr. 2011-PL)</i>						
<b>Kommuner i Region Hovedstaden</b>	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	3 %
<b>Kommuner i Region Sjælland</b>	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	8 %
<b>Kommuner i Region Syddanmark</b>	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	8 %
<b>Kommuner i Region Midtjylland</b>	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	1 %
<b>Kommuner i Region Nordjylland</b>	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	4 %
<b>Hele landet</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,9</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>5 %</b>

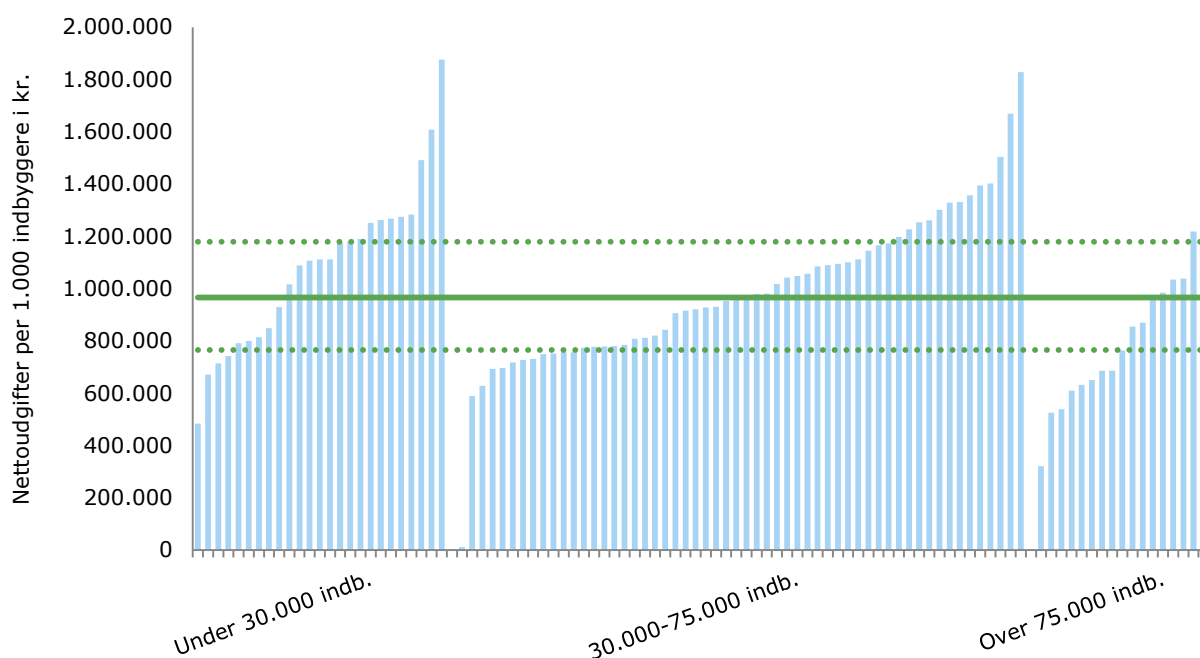
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager. Priser er opgjort i 2011-PL.

Tabellen viser, at kommunerne i Region Midtjylland generelt har et lavere udgiftsniveau end kommunerne i de øvrige regioner. Kommunerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden har det højeste udgiftsniveau på 1,1 mio. kr. pr. 1.000 0-17-årige i 2011.. Kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark har oplevet de største stigninger (8 pct.) i udgifter til PPR pr. 1.000 0-17 årig fra 2007-2011.

I nedenstående figur har vi set på variationen mellem de enkelte kommuner.

**Figur 4-15: Kommunernes udgifter til PPR pr. 1.000 0-17-årige, 2011**



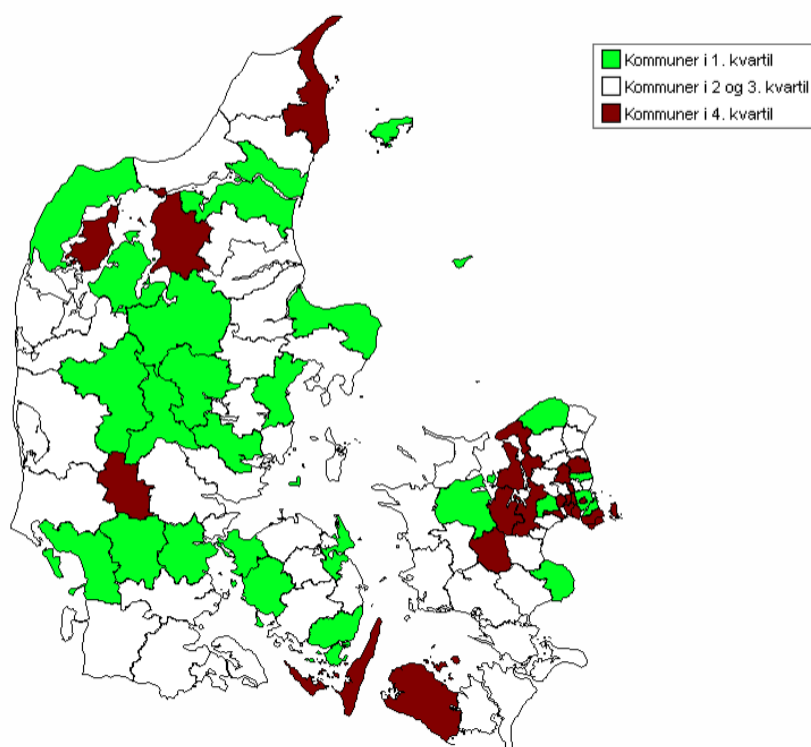
Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Den solide grønne linje angiver medianen. De stiplede linjer angiver henholdsvis 1. og 3. kvartil. Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager.

Figuren viser, at de 25 pct. af kommunerne med laveste udgifter pr. indbygger til PPR bruger under 770.000 kroner pr. 1.000 0-17-årige, mens de 25 pct. af kommunerne, der har de højeste udgifter pr. indbygger, bruger over 1.180.000 kr. pr. 1.000 0-17-årige. Figuren vidner ikke umiddelbart om, at kommunens størrelse har en betydning for udgiftsniveauet, da spredningen inden for de enkelte kommunestørrelsesgrupper synes at være nogenlunde ensartet.

Kortet herunder viser, hvordan de kommuner, der har hhv. de 25 pct. højeste og laveste udgifter til PPR i figuren ovenfor er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil og dermed har de laveste udgifter. Den største andel af kommuner i 4. kvartil (med højeste udgifter) er at finde i Region Hovedstaden og kommunerne omkring hovedstadsområdet, mens den største andel af kommuner med de laveste udgifter ligger i Region Midtjylland og Region Syddanmark.

**Figur 4-16: Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave udgifter til PPR (samlede udgifter)**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

#### 4.2.2 Personale

I dette afsnit ser vi på de personalegrupper, der er ansat i PPR. I nedenstående tabel ses antallet af årsværk på forskellige stillingskategorier:

**Tabel 4-27: Antal årsværk pr. personalegruppe for PPR, 2011 (ikke målgruppeopdelt)**

	Årsværk	Fordeling af årsværk
<b>Pædagoger</b>	84	3 %
<b>Lærere</b>	766	31 %
<b>Psykologer</b>	1.243	50 %
<b>Socialrådgivere</b>	18	1 %
<b>Fysio- og ergoterapeuter</b>	96	4 %
<b>Administrativt personale/ledelse + øvrige</b>	262	10 %
<b>I alt</b>	<b>2.468</b>	<b>100 %</b>

Kilde: FLD-data og egne beregninger

Tallene illustrerer, at langt hovedparten af PPR-personalet er enten psykologer (50 pct.) eller lærere (31 pct.). Ca. 10 pct. af det samlede antal årsværk er administrativt personale, hvilket er samme niveau som på hele området for udsatte børn og unge, der er beskrevet i afsnit 4.1.2.

I nedenstående tabel ses udviklingen i antal årsværk fra 2007-2011.



**Tabel 4-28: Udvikling i forskellige personalekategorier for PPR (ikke målgruppeopdelt), 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Pædagoger</b>	71	98	106	85	84	18 %
<b>Lærere</b>	731	748	739	746	766	5 %
<b>Psykologer</b>	1.010	1.165	1.226	1.268	1.243	23 %
<b>Socialrådgivere</b>	7	6	30	23	18	157 %
<b>Fysio- og ergoterapeuter</b>	80	94	114	116	96	20 %
<b>Administrativt personale/ledelse</b>	401	278	290	272	255	-36 %
<b>Øvrige personalegrupper</b>	59	21	11	9	7	-88 %
<b>I alt</b>	<b>2.359</b>	<b>2.410</b>	<b>2.517</b>	<b>2.519</b>	<b>2.468</b>	<b>5 %</b>

Kilde: FLD-data og egne beregninger.

Tabel 4-30 viser, at antallet af årsværk for hele PPR er steget med 5 pct. hvilket svarer til stigningen i udgifterne i samme periode. Udviklingen dækker dog over en vækst på 23 pct. i psykologer, som svarer til mere end 200 nye psykologårsværk fra 2007-2011. Derudover ses et fald på 36 pct. i administrativt personale, hvilket også kan dække over, at PPR organisatorisk kan ligge placeret forskellige steder i den kommunale forvaltning, hvor der trækkes på medarbejderressourcer fra en central forvaltningsenhed.

I nedenstående tabel angives kommunernes skøn over, hvor stor en andel af årsværkene der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Kommunerne skønner, at omkring 45 pct. af personalet beskæftiger sig med børn og unge med psykiske vanskeligheder og skønnene varierer fra 31-59 pct. mellem PPR-enhederne. Rambøll skønner således, at omkring 1.100 årsværk beskæftiger sig med børn og unge med psykiske vanskeligheder. Med en stigning på 5 pct. i antallet af årsværk inden for PPR vurderes der samlet set, at være tilført ca. 50 årsværk, der beskæftiger sig med målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, til PPR i perioden 2007-2011.

**Tabel 4-29: Indikatorer for andelen af årsværkene, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>PPR-enhedernes skøn over andel af personale</i>						
Gennemsnit	45 %	45 %	42 %	44 %	45 %	0 pct.point
Konfidensinterval	28-63 %	28-63 %	26-58 %	28-58 %	31-59 %	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne.

Note: N2007=16, N2008=16, N2009=18, N2010=19, N2011=20. 95 % konfidensinterval.

Andelen på 45 pct. af årsværkene, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder, svarer nogenlunde til andelen af psykologer, der er ansat i PPR. Det vil altså sige, at PPR-enhedernes skøn på 45 pct. svarer nogenlunde til den andel psykologer, der er ansat i PPR, og som ud fra de gennemførte case-studier vurderes at være den personalegruppe, der i PPR beskæftiger sig med børn og unge med psykiske vanskeligheder.

I spørgeskemaundersøgelsen har vi bedt PPR-enhederne om at angive fordelingen af deres tidsforbrug inden for forskellige typer indsatser. Tabellen nedenfor viser det gennemsnitlige tidsforbrug for PPR-enhedernes personale fordelt på forskellige opgaver.

**Tabel 4-30: Andel af det samlede tidsforbrug for PPR-enhedens personale, der i 2011 blev brugt på de forskellige indsatser til børn og unge 0-17 år, som PPR-enheden tilbyder**

Del af indsatsen	Gennemsnitlig tid brugt	Konfidensinterval
Forebyggelse	13 %	(9-17 %)
Rådgivning	19 %	(15-23 %)
Udredning	27 %	(24-30 %)
Konsultativ bistand	20 %	(16-24 %)
Samtaler	10 %	(8-12 %)
Administrativt arbejde	17 %	(13-21 %)

Kilde: Oplysninger fra kommunerne.

Note: summer ikke til 100 % pga. gennemsnit. N=29. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at PPR-enhederne i gennemsnit anvender 13 pct. af deres tid til forebyggelse, 19 pct. til rådgivning og 27 pct. af tiden på udredninger.

En tidligere undersøgelse af specialundervisning viste, at der var betydelige forskelle mellem PPR-psykologernes arbejdstid. PPR-psykologerne anvender således i en enkelt kommune helt op imod 70 pct. af deres tid på vejledning og rådgivning af lærere og pædagoger på skoler, mens PPR-psykologerne i andre kommuner alene anvender 20-30 procent af deres tid på denne opgave (Undervisningsministeriet 2010, side 58, Specialundervisning i folkeskolen – veje til bedre organisering og styring 2010).

### Forskelle mellem kommuner

I nedenstående tabel ses en oversigt over udviklingen i antal årsværk i kommunerne i de fem regioner.

**Tabel 4-31: Udvikling i årsværk pr. 1.000 0-17-årige (ikke målgruppeopdelt) pr. region 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Kommuner i Region Hovedstaden	2,4	2,5	2,6	2,3	2,1	-11 %
Kommuner i Region Syddanmark	1,7	1,8	1,9	1,9	1,9	10 %
Kommuner i Region Sjælland	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2	7 %
Kommuner i Region Nordjylland	1,8	1,9	2,0	2,1	2,5	42 %
Kommuner i Region Midtjylland	1,6	1,5	1,6	1,7	1,7	9 %
<b>Hele landet</b>	<b>1,9</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>5 %</b>

Kilde: Danmark Statistik og FLD og egne beregninger

Tabellen viser, at kommunerne i de fem regioner har oplevet en meget forskelligartet udvikling i perioden fra 2007-2011. Kommunerne i Region Nordjylland har oplevet en gennemsnitlig stigning i antallet af årsværk i PPR, mens kommunerne i Region Hovedstaden har oplevet et fald på 11 pct. i antal årsværk pr. 1.000 0-17 årig.

### 4.2.3 Aktivitet

Der findes ikke et nationalt register over aktiviteten i PPR. Derfor har vi bedt landets kommuner om at angive deres aktivitet og give et skøn over, hvor stor en del af deres aktivitet der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. I nedenstående tabeller præsenteres data fra den gennemførte spørgeskemaundersøgelse, hvor vi har opregnet kommunernes svar til landsplan.

I nedenstående afsnit er aktiviteten opgjort på børn i førskolealderen (0-6 år) og børn i grundskolen (6-17 år). Det første afsnit beskæftiger sig med henvendelser til PPR, vurderinger i PPR samt støtte efter Dagtilbudslovens § 4, der vedrører børn i alderen 0-6 år, mens det efterfølgende afsnit præsenterer samme tal for børn og unge (6-17 år) i grundskolen. For alle opgørelser er der spurgt til, hvor stor en andel af disse der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Rambøll har opregnet kommunernes opgørelser til antal på landsplan, hvorfor tallene er forbundet med forbehold. Det fremgår ved hver tabel, hvor mange kommuner der har opgjort tal for henholdsvis henvendelser til PPR, vurderinger og visitation til pædagogisk støtte, jf. dagtilbudslovens § 4.

## Børn i førskolealderen

PPR's aktiviteter i førskolealderen omhandler henvendelser fra fagpersoner og/eller forældre, hvoraf der i nogle af disse foretages egentlige vurderinger af barnet. En del af henvendelserne omhandler sparring og rådgivning til fagpersoner og/eller forældre, hvor der ikke foretages vurdering af barnet.

I nedenstående tabel ses en oversigt over antallet af henvendelser til PPR om børn i dagtilbud.

**Tabel 4-32: Kommunernes angivelser af antal henvendelser til PPR om børn i dagtilbud**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvik- ling 2007- 2011
<b>Gennemsnit pr. 1.000 0-17 årige</b>	16	18	22	26	26	
Konfidensinterval	11-21	12-24	14-30	15-37	16-36	
<b>Antal henvendelser – opregnet til landsplan</b>	19.188	21.343	26.910	31.430	31.947	66 %
Konfidensinterval	13.060- 25.317	14.572- 28.115	17.662- 36.158	18.559- 44.301	20.195- 43.698	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=18, N2008=18, N2009=10, N2010=18, N2011=21. 95 % konfidensinterval.

Note: Gennemsnittet er vist pr. 1.000 0-17-årige selvom tilbuddet vedrører 0-6 årige. Dette er gjort for at sikre sammenlignelighed på tværs af tabellerne. Opregningen vil ikke blive mærkbart påvirket af dette.

Baseret på kommunernes opgørelser skønner Rambøll, at PPR har haft omkring 30.000 henvendelser om børn i dagtilbud på landsplan. Der er dog en vis usikkerhed forbundet med dette tal, da det er baseret på en opregning af omkring 20 pct. af alle kommuner.

I spørgeskemaundersøgelsen er der spurgt til henvendelser i bred forstand. I regi af PPR dækker begrebet *henvendelser* over flere forskellige former for henvendelser. Der er altså både tale om henvendelser, der bliver til indstillinger, og hvor der i forbindelse med dette oprettes en sag på barnet (jf. dagtilbudslovens § 4), men det dækker også over henvendelser om supervision, sparring eller rådgivning til et lærerteam eller andre fagpersoner, ligesom det også dækker over henvendelser fra forældre, der ønsker rådgivning eller sparring omkring deres barn.

Således dækker de omkring 30.000 henvendelser på landsplan et bredt spektrum, fra kortvarig rådgivning eller sparring til en indstilling om støtte til barnet. Lige knap en tredjedel af disse henvendelser omfatter børn med psykiske vanskeligheder, hvilket fremgår af nedenstående tabel. Her angives kommunernes vurdering af, hvor stor en del af henvendelserne der vedrører børn med psykiske vanskeligheder. Andelen har været stabil siden 2007. Rambøll skønner derfor, at kommunerne årligt har haft omkring 8.000 henvendelser om børn i dagtilbud med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-33: Kommunernes angivelser af hvor stor en andel af henvendelserne til PPR om børn i dagtilbud (0-6 år) der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder (i pct.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gennemsnit</b>	27 %	25 %	26 %	29 %	27 %
Konfidensinterval	20-34 %	18-32 %	19-33 %	21-37 %	20-34 %

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger

Note: N2007=16, N2008=16, N2009=17, N2010=17, N2011=19. 95 % konfidensinterval.

Omkring en tredjedel af alle henvendelser til PPR omhandler altså børn med psykiske vanskeligheder, men det betyder langt fra, at alle i denne gruppe af børn er diagnosticerede. Det betyder heller ikke nødvendigvis, at en tredjedel af alle henvendelser er afgrænset den målgruppe, der er fastlagt for denne analyse. Det fremgår af de gennemførte interview, at autismespektret i flere kommuner forstås som

psykiske vanskeligheder, hvilket ikke er tilfældet i denne analyses afgrænsning, og derfor vil indgå i kommunernes skøn over henvendelser til PPR, der vedrører børn med psykiske vanskeligheder.

PPR udarbejder pædagogiske psykologiske vurderinger i de tilfælde, hvor det vurderes, at barnet eller den unge skal udredes. I nedenstående tabel ses en oversigt over antallet af sådanne vurderinger for børn i dagtilbud i perioden fra 2007-2011.

**Tabel 4-34: Kommunernes angivelser af antal pædagogiske psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud (0-6 år) i årene 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007- 2011
<b>Gennemsnit pr. 1.000 0-17-årige</b>	9	10	10	10	10	
Konfidensinterval	7-11	7-13	8-12	8-12	8-12 %	
<b>Antal henvendelser – opregnet til landsplan</b>	11.385	12.581	12.209	12.004	12.028	6 %
Konfidensinterval	8.484- 14.287	9.359- 15.802	9.186- 15.231	9.118- 14.891	9.370- 14.680	

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger

Note: N2007=19, N2008=19, N2009=20, N2010=21, N2011=23. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser kommunernes angivelser af antal pædagogiske psykologiske vurderinger om børn i dagtilbud i årene 2007 til 2011. Baseret på kommunernes opgørelser skønner Rambøll, at PPR gennemførte omkring 12.000 vurderinger i 2011, mens kommunerne i 2011 gennemførte lidt flere end 11.000 vurderinger i 2007. Det er en stigning på 6 pct. Der er dog en vis usikkerhed forbundet med tallene, da de er baseret på en opregning af omkring 25 pct. af alle kommuner.

I nedenstående tabel ses kommunernes skøn over, hvor stor en del af vurderingerne der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-35: Kommunernes angivelser af, hvor stor en andel af de pædagogiske psykologiske vurderinger af børn i dagtilbud (0-6 år), der vedrører børn med psykiske vanskeligheder? (i pct.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gennemsnit</b>	31 %	32 %	33 %	35 %	36 %
Konfidensinterval	22-40 %	23-41 %	22-42 %	26-44 %	27-45 %

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=15, N2008=15, N2009=17, N2010=16, N2011=19. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne vurderer, at omkring 36 pct. af de pædagogisk psykologiske vurderinger i dagtilbud vedrører børn med psykiske vanskeligheder. Rambøll skønner på denne baggrund, at kommunerne gennemførte omkring 4.000 vurderinger vedr. børn med psykiske vanskeligheder i dagtilbud i 2011.

I en række tilfælde tildeler kommunerne ligeledes, jf. dagtilbudslovens § 4, stk. 2, specialpædagogisk støtte til børn eller børnegrupper i dagtilbud. I nedenstående tabel ses en oversigt over kommunernes vurdering af, hvor mange børn i dagtilbud, der fik pædagogisk støtte efter dagtilbudslovens § 4, stk. 2 i årene 2007 til 2011.

**Tabel 4-36: Kommunernes angivelser af hvor mange børn i dagtilbud (0-6 år), der fik pædagogisk støtte efter dagtilbudslovens § 4, stk. 2, i årene 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvik- ling 2007- 2011
<b>Gennemsnit pr. 1.000 0-17-årige</b>	5	6	6	6	6	
Konfidensinterval	4-6	5-7	5-7	5-7	5-7	
<b>Antal henvendelser – opregnet til landsplan</b>	6.359	7.071	6.874	7.380	7.083	11 %
Konfidensinterval	4.794- 7.923	5.362- 8.779	5.292- 8.456	5.666- 9.093	5.449- 8.717	

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=11, N2008=12, N2009=13, N2010=13, N2011=14. 95 % konfidensinterval.

Baseret på opgørelserne skønner Rambøll, at omkring 7.000 børn i dagtilbud modtog pædagogisk støtte i 2011, mens lidt flere end 6.000 børn i dagtilbud modtog pædagogisk støtte i 2007. Det giver en stigning på 11 pct. Som ved de øvrige skøn er der dog en vis usikkerhed forbundet med tallene, da de er baseret på en opregning af omkring 15 pct. af alle kommuner.

I nedenstående tabel har kommunerne angivet, hvor stor en andel af de børn der modtager pædagogisk støtte, som vedrører børn med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-37: Kommunernes angivelser af hvor stor en andel af børn i dagtilbud (0-6 år) der modtager pædagogisk støtte (jf. § 4 i dagtilbudsloven, stk. 2), som vedrører børn med psykiske vanskeligheder (i pct.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gennemsnit</b>	35 %	36 %	33 %	33 %	34 %
Konfidensinterval	25-45 %	26-46 %	24-42 %	24-42 %	25-43 %

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=10, N2008=10, N2009=11, N2010=11, N2011=12. 95 % konfidensinterval.

Baseret på opgørelserne fra 12 kommuner skønner Rambøll, at omkring hver tredje modtog pædagogisk støtte på grund af psykiske vanskeligheder. Det svarer til, at omkring 2.300 børn med psykiske vanskeligheder modtog pædagogisk støtte i dagtilbud i 2011.

### PPR's aktiviteter i grundskolen

PPR henvender sig ligeledes til børn i grundskolen og har en forpligtelse for alle børn i grundskolen - inklusive på friskoler og specialskoler. Der findes ingen officielle, landsdækkende opgørelser af PPR's aktiviteter i grundskolen, og nedenstående opgørelser er derfor baseret på omkring 20 pct. af kommunernes opgørelser. Kommunernes svar er altså, ligesom ved ovenstående tabeller, opregnet til landsplan ud fra det antal henvendelser til PPR vedrørende 6-17-årige børn og unge, som 20 pct. af kommunerne har opgjort.

I nedenstående tabel ses en oversigt over antallet af henvendelser til PPR om børn og unge i grundskolerne (herunder også friskoler og specialskoler) i årene 2007-2011.

**Tabel 4-38: Kommunernes angivelser af antal henvendelser PPR fik om børn og unge 6-17 år i grundskoler herunder fri- og specialskoler) i årene 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvik- ling 2007- 2011
<b>Gennemsnit pr. 1.000 0-17-årige</b>	23	23	24	28	30	
Konfidensinterval	18-28	17-29	18-30	20-36	22-38	
<b>Antal henvendelser – opregnet til landsplan</b>	27.722	28.414	28.852	34.319	36.285	31 %
Konfidensinterval	21.079- 34.365	21-480- 35.348	21.756- 35.949	24.969- 43.669	26.278- 46.292	

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger

Note: N2007=18, N2008=18, N2009=19, N2010=20, N2011=22. 95 % konfidensinterval.

Baseret på kommunernes opgørelser skønner Rambøll, at PPR har haft omkring 36.000 henvendelser om børn og unge i grundskole i 2011, mens der var lige knap 28.000 henvendelser om børn og unge i grundskolen i 2007. Det svarer til en stigning på 31 pct. på landsplan.

Ligesom for de yngre børn spænder henvendelser til PPR vedrørende børn og unge i alderen 6-17 år fra sparring eller rådgivning til et læreteam, andre fagpersoner eller forældre til supervision og henvendelser, der kræver indstilling af et barn til en støtteforanstaltning. Derfor dækker de ca. 36.000 henvendelser vedrørende 6-17-årige også et bredt spektrum af variation i indhold.

I nedenstående tabel ses en oversigt over kommunernes skøn over, hvor stor en del af henvendelserne der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-39: Kommunernes angivelser af hvor stor en andel af henvendelserne om børn og unge 6-17 år i grundskolen (herunder fri- og specialskoler), der vedrører børn med og unge med psykiske vanskeligheder? (i pct.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gennemsnit</b>	35 %	34 %	32 %	34 %	35 %
Konfidensinterval	26-44 %	25-43 %	26-40 %	25-43 %	26-44 %
<b>Antal besvarelser</b>	16	16	18	18	20

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=16, N2008=16, N2009=18, N2010=18, N2011=20. 95 % konfidensinterval.

Kommunerne vurderer i gennemsnit, at omkring 35 pct. af henvendelserne i grundskolen vedrørte børn og unge med psykiske vanskeligheder i 2011. Andelen har været stabil siden 2007. Rambøll skønner på denne baggrund, at kommunerne i 2011 havde omkring 12.500 henvendelser om børn og unge med psykiske vanskeligheder i skolen.

Antallet af henvendelser fra børn og unge i alderen 6-17 år med psykiske vanskeligheder ligger en del over antallet af henvendelser vedrørende børn i alderen 0-6 år med psykiske vanskeligheder. Det skyldes primært, at psykiske vanskeligheder er sværere at spotte hos de yngre børn, hvor der ofte vil være tale om tilknytningsforstyrrelser. I skoleregi bliver problematikkerne ofte mere udtalte, hvorfor der ofte re rettes henvendelse vedrørende børn og unge med psykiske vanskeligheder for den ældre børn- og ungegruppe. Kommunerne er dog også for denne aldersgruppe påpasselige med, tidligt i barnets liv, at sende barnet til udredning for en egentlig diagnose.

En del af henvendelserne til PPR om børn og unge i alderen 0-17 år udløser en vurdering af barnet eller den unge. I nedenstående tabel ses kommunernes vurdering af antallet af pædagogiske psykologiske vurderinger af børn og unge i alderen 6-17 år i grundskolen:

**Tabel 4-40: Kommunernes angivelser af antal pædagogisk psykologiske vurderinger af børn og unge 6-17 år i grundskolen (herunder fri- og specialskoler) i årene 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvik- ling 2007- 2011
<b>Gennemsnit pr. 1.000 0-17-årige</b>	16	16	15	15	16	
Konfidensinterval	12-20	13-19	12-18	12-18	13-19	
<b>Antal henvendelser – opregnet til landsplan</b>	19.863	19.196	18.571	18.601	19.324	-3 %
Konfidensinterval	15.446- 24.281	14.955- 23.437	14.626- 22.517	14.709- 22.494	15.118- 23.529	

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=19, N2008=19, N2009=20, N2010=20, N2011=23. 95 % konfidensinterval.

Baseret på kommunernes opgørelser skønner Rambøll, at PPR har gennemført omkring 19.000 henvendelser om børn og unge i alderen 6-17 år i grundskolen i 2011 og lidt flere i 2007. Tallene indikerer et fald på 3 pct. i antallet af vurderinger af børn og unge i alderen 6-17 år i grundskolen fra 2007 til 2011. Der er dog også her en vis usikkerhed forbundet med tallene, da de er baseret på en opregning af omkring 20 pct. af alle kommuner.

Som tidligere nævnt, ender en stor del af de omkring 19.000 henvendelser om børn og unge ikke med en foranstaltning eller en viderehenvielse til et segregeret tilbud. En del henvendelser har derimod karakter af rådgivning eller sparring til fagpersoner eller forældre. Derudover er det væsentligt, at lovgivningen tilskriver, at privatskoler forpligter sig til at yde specialundervisning til de elever, der måtte have behov. Privatskoler har mulighed for at søge særlig støtte til børn og unge med særlige behov. Dette skal ske i samarbejde med PPR og med ansøgning til kontoret for Specialpædagogisk støtte til frie grundskoler, som er placeret i SU-Styrelsen.

I nedenstående tabel ses kommunernes skøn over, hvor stor en del af vurderingerne der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-41: Kommunernes angivelser af hvor stor en andel af de pædagogiske psykologiske vurderinger af børn og unge 6-17 år i grundskolen (herunder fri- og specialskoler), der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder (i pct.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gennemsnit</b>	37 %	37 %	35 %	37 %	39 %
Konfidensinterval	33-41 %	34-40 %	32-38 %	34-40 %	36-42 %

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger

Note: N2007=15, N2008=15, N2009=17, N2010=16, N2011=19. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne vurderer, at omkring 39 pct. af de pædagogisk psykologiske vurderinger i grundskolen vedrørte børn og unge med psykiske vanskeligheder i 2011. Rambøll skønner på denne baggrund, at kommunerne gennemførte omkring 7.500 vurderinger vedrørende børn med psykiske vanskeligheder i grundskolen i 2011.

I en række tilfælde tildeler kommunerne ligeledes specialpædagogisk personale til børn eller børnegrupper i grundskolerne (herunder fri- og specialskoler). I nedenstående tabel ses en oversigt over kommunernes angivelser af, hvor mange børn og unge i grundskoler (inkl. fri- og specialskoler), der fik støtte i årene 2007 til 2011.

**Tabel 4-42: Kommunernes angivelser af, hvor mange børn og unge 6-17 år i dagtilbud, fritidstilbud og klubtilbud, der fik støtte (jf. dagtilbudslovens § 4, stk. 2) i årene 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007- 2011
<b>Gennemsnit pr. 1.000 0-17-årige</b>	7	7	7	6	5	
Konfidensinterval	5-9	5-9	5-9	4-8	3-7	
<b>Antal henvendelser – opregnet til landsplan</b>	8.001	8.511	8.489	7.867	6.520	-19 %
Konfidensinterval	5.445- 10.557	5.779- 11.244	5.737- 11.241	5.223- 10.511	4.613-8.426	

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger

Note: N2007=9, N2008=9, N2009=10, N2010=10, N2011=10. 95 % konfidensinterval.

Baseret på kommunernes opgørelser skønner Rambøll, at PPR gav pædagogisk støtte efter dagtilbudslovens § 4, stk. 2 til omkring 6.500 børn og unge fra 6-17 år i dagtilbud, fritidstilbud og klubtilbud, mens PPR gav støtte til omkring 8.000 børn og unge i dagtilbud, fritidstilbud og klubtilbud i 2007. Det er et fald på ca. 20 pct. fra 2007 til 2011. Ligesom for ovenstående tabeller er der en vis usikkerhed forbundet med tallene, da de er baseret på en opregning af omkring 10 pct. af alle kommunerne. Antallet af besvarelser på dette spørgsmål er lavere end ved de foregående spørgsmål. Det kan skyldes, at tildeling af støttefunktioner ofte er placeret i en anden forvaltning i kommunerne end der, hvor PPR er placeret, hvorfor respondenterne fra PPR kan have haft svært ved at besvare spørgsmålet.

I nedenstående tabel ses kommunernes skøn over, hvor stor en andel af børn og unge med en tildelt støttepædagog, der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 4-43: Kommunernes angivelser af, hvor stor en andel af børn og unge 6-17 år i dagtilbud, fritidstilbud og klubtilbud med tildelt støttepædagog (jf. dagtilbudslovens § 4, stk. 2), der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder (i pct.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gennemsnit</b>	21 %	21 %	25 %	22 %	17 %
Konfidensinterval	12-30 %	12-30 %	16-34 %	14-30 %	9-25 %

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger

Note: N2007=8, N2008=8, N2009=9, N2010=9, N2011=9. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at kommunerne vurderer, at omkring 17 pct. af den pædagogiske støtte efter dagtilbudslovens § 4, stk. 2, for børn og unge fra 6-17 år i dagtilbud, fritidstilbud og klubtilbud vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder i 2011. I 2007 var tallet 21 pct., mens det i 2009 toppede med 25 pct. Rambøll skønner på baggrund af kommunernes angivelser, at kommunerne har tildelt pædagogisk støtte til omkring 1.100 børn og unge med psykiske vanskeligheder i 2011.

Kommunerne er ligeledes blevet bedt om at opgive, hvor stor en andel af specialundervisningen der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. I nedenstående tabel ses en oversigt over kommunernes opgørelser.

**Tabel 4-44: Kommunernes angivelser af, hvor stor en andel af børn og unge 6-17 år i grundskolen der modtager specialundervisning, som vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder (i pct.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gennemsnit</b>	30 %	30 %	28 %	32 %	34 %
Konfidensinterval	22-38 %	22-38 %	21-35 %	24-40 %	25-43 %

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=12, N2008=12, N2009=15, N2010=15, N2011=16. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at 34 pct. af de børn der modtog specialundervisning i 2011 vedrørte børn og unge med psykiske vanskeligheder, mens det gjorde sig gældende for 30 pct. i 2007 og lidt mindre (28 pct.) i



2009. Det følger af bekendtgørelse om specialundervisning, at det er skolelederen, der skal følge udviklingen hos elever, der modtager specialundervisning, og at skolelederen mindst en gang om året skal tage stilling til, om specialundervisningen skal ændres eller ophøre. Det er kun i den forbindelse, at PPR inddrages.

I nedenstående tabel vises kommunernes angivelser af, hvor mange indsatser der blev iværksat for børn og unge med psykiske vanskeligheder i årene 2007 til 2011.

**Tabel 4-45: PPR-enhedernes angivelser af, hvor mange indsatser der samlet blev iværksat for børn og unge 0-17 år med psykiske vanskeligheder i PPR-enheden i årene 2007-2011**

Opregnet	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Støtte- og ressourcepædagog</b>	4.475	4.788	4.957	5.102	5.197	16 %
<b>Konsulentbistand til personale</b>	8.905	7.830	8.032	8.407	8.212	-8 %
<b>Rådgivning og supervisering af personale</b>	8.485	8.669	8.887	9.340	9.115	7 %
<b>Psykolog</b>	8.694	8.905	9.189	9.619	9.498	9 %
<b>Pædagogik/indsatser, der bygger på forudsigelige rammer og struktureret hverdag</b>	31.374	32.303	32.347	32.565	31.169	-1 %
<b>Højere personalenormering</b>	6.751	7.065	7.350	7.765	7.737	15 %
<b>Guidning af barnet</b>	5.756	6.002	6.222	6.439	6.405	11 %

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=10, N2008=9, N2009=10, N2010=10, N2011=10. 95 % konfidensinterval.

Tabellen viser, at der i årene 2007 til 2011 blev iværksat flest pædagogiske indsatser, der bygger på at skabe forudsigelige rammer og en struktureret hverdag. I 2011 blev der iværksat 31.169 indsatser, mens der i 2007 blev iværksat 31.374 indsatser, der bygger på at skabe forudsigelige rammer og en struktureret hverdag, hvilket er et fald på 1 pct. Der blev iværksat færrest indsatser, der bestod i en støtte- og ressourcepædagog. I 2007 lå tallet på 4.475 indsatser og i 2011 på 5.197 indsatser, hvilket er en stigning på 16 pct.

#### 4.2.4 Kapacitetsudnyttelse

I nedenstående tabel ses en oversigt over den gennemsnitlige ventetid for forskellige dele af PPR's aktiviteter samt spændet mellem kommuner med kortest og længst tid i forhold til nedenstående.

**Tabel 4-46: Kommunernes angivelser af tidsperioder (opgjort som antal dage) i PPR**

	Gns. antal dage	Spændet ml. kommuner med kortest og længst tid
Tid fra henvendelse til indstilling til PPR	49 dage	20-78 dage
Tid fra indstilling til PPR til egentlig udredning	66 dage	46-87 dage
Tid fra udredning til forslag om pædagogisk eller specialpædagogisk støtte	32 dage	20-43 dage
Tid fra forslag til konkret støtte til iværksættelse af specialpædagogisk støtte	42 dage	20-64 dage
Tid fra iværksættelse af specialpædagogisk støtte til opfølgning/evaluering hos PPR	138 dage	94-181 dage
Tid fra udredning til henvisning til børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	39 dage	16-62 dage
Tid fra henvisning til udredning på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling	127 dage	90-165 dage
Tid fra afslutning af forløb på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling til opfølgning/evaluering hos PPR	34 dage	17-51 dage

Kilde: Oplysningerne fra kommunerne.

Note: N=29.

Tabellen viser, at der er stor variation kommunerne imellem, i forhold til hvor lang tid de forskellige elementer i PPR's arbejde tager. Der går længst tid (i gennemsnit 138 dage) fra iværksættelse af socialpædagogisk støtte til opfølgning/evaluering hos PPR og fra henvisning til udredning på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling (i gennemsnit 127 dage). Det er også her, at der er det største spænd mellem kommuner med kortets og længst tid. Der går mindst tid (32 dage) fra udredning til forslag om pædagogisk eller specialpædagogisk støtte og fra afslutning af forløb på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling til opfølgning/evaluering hos PPR (34 dage).

### 4.3 Optimering af processer

Rambøll har foretaget en række værdistrømsanalyser med henblik på at kortlægge nuværende processer og fremadrettede muligheder. Værdistrømsanalyserne havde til formål at afdække de faktiske processer, herunder tidsforbrug, ansvarsskift, koordinering mv. sammen med nøgleaktører på området. Herefter blev der identificeret forbedringsforslag til effektivisering af processen og koordineringen. På baggrund af værdistrømsanalysen vurderer Rambøll, at der er tre centrale muligheder for kapacitetsudnyttelse på børn- og ungeområdet:

- Et styrket samarbejde mellem den regionale psykiatri og Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
- Inddragelse af læge- eller psykiaterfaglighed i en rådgivende funktion i forbindelse med henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien
- Forebyggende tidlig indsats (herunder at understøtte pædagogisk personale og lærere i at anvende redskaber til at screene efter tegn på børns mistrivsel)

Værdistrømsanalyserne viser, at der ses muligheder for bedre kapacitetsudnyttelse ved at styrke samarbejde mellem den regionale psykiatri og PPR. Herunder vurderes det, at tættere dialog mellem den regionale psykiatri og PPR forud for egentlige netværks- og samarbejds møder vil bidrage til en større dialog og enighed om, hvad der kan være et dækkende tilbud for barnet/den unge.

Derudover ser man i flere kommuner et potentiale i at bruge psykiatere i en ad hoc rådgivende funktion i forbindelse med henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien. Dette forventes at kunne sikre en højere kvalitet i henvisningerne, og at der forud for viderehenvisning sker en lægefaglig vurdering af, om der er behov for et forløb i den regionale psykiatri. Behovet i kommunerne går på rådgivning og støtte til at kvalificere vurderingen af, hvorvidt der skal sendes en henvisning til den regionale psykiatri, og det kan derfor ses som en del af den regionale rådgivningsforpligtelse i forhold til den kommunale forebyggende indsats (jf. sundhedslovens § 119, stk. 3)<sup>28</sup>.

Afvisninger af henvisninger fylder meget i de enkelte regioner, hvor andelen af afviste eller annullerede eksterne henvisninger i gennemsnit – som vist i nedenstående tabel – udgør 15,5 pct. på børn- og ungeområdet<sup>29</sup>, hvilket medfører unødigt spild af såvel kommunal som regional kapacitet.

**Tabel 4-47: Andel afvisninger/annulleringer af henvisninger til børne- og ungdomspsykiatrien i pct.**

	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Region Hovedstaden	25 %	33 %	24 %	-1 pct.point
Region Sjælland	36 %	28 %	24 %	-12 pct.point
Region Syddanmark	14 %	13 %	11 %	-3 pct.point
Region Midtjylland	34 %	33 %	-	-1 pct.point*
Region Nordjylland	36 %	31 %	27 %	-9 pct.point
Hele landet	24 %	26 %	16 %	-8 pct.point

Kilde: Regionale indberetninger til nøgletal 2011

<sup>28</sup> For yderligere beskrivelse af den regionale rådgivningsforpligtelse i forhold til de kommunale opgaver henvises til Sundhedsstyrelsen (2009) *Regionernes forebyggelsesopgave - vejledning i sundhedslovens § 119, stk. 3*.

<sup>29</sup> Danske Regioner. *Benchmarking af psykiatrien 2011*.

Note: Region Hovedstadens afvisninger inkluderer også annulleringer i 2011. I Region Syddanmark opgøres indberetning på baggrund af børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger overfor voksenpsykiatriske afdelinger, og ikke på baggrund af en aldersdeling mellem 0-17 år og 18+. Tal for afviste/annullerede henvisninger i Region Midtjylland er ikke tilgængelig i 2011.

I kortlægningen af kapaciteten i den regionale psykiatri konkluderes dog, at kommunerne er betydelig bedre til at udarbejde henvisninger end praksissektoren, som ikke vurderes at være lige så gode til at dokumentere/begrunde henvisningerne. I flere kommuner og regioner arbejdes med retningslinjer for "den gode henvisning", og i Region Syddanmark – der har den laveste andel af afviste henvisninger på både børne-/ungeområdet og voksenområdet – arbejdes efter en strategi, hvor man som udgangspunkt ser alle henviste patienter og tidligst afslutter patienten efter første samtale<sup>30</sup>.

De to oftest forekomne henvisningsmåder på børn- og ungeområdet for den første henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien er almen praksis (37 pct. af alle henvisninger) og kategorien *andet*, der indeholder kommunale henvisninger (36 pct.)<sup>31</sup>.

På tværs af kommunegrænser viser analyserne også, at en forbyggende tidlig indsats giver bedre kapacitetsudnyttelse. I den tidlige indsats er der særligt fokus på, at daginstitutioner og skoler opsporer og tager alle tegn og signaler på psykisk sårbarhed alvorligt. Det kan forebygge, at der senere i barnets liv skal iværksættes en mere omfattende indsats. Den psykologfaglighed, som ligger i PPR, vurderes at være særlig anvendelig til at understøtte en proces, hvor pædagogisk personale og lærere bliver mere sikre i deres anvendelse af redskaber til at screene efter tegn på børns mistrivsel (fx ved hjælp af Børnelinealen) og handle på det, de ser.

#### 4.4 Barrierer og muligheder

Som tidligere beskrevet gælder børnebestemmelserne op til den unges fyldte 18. år. Det drejer sig særligt om servicelovens § 11, gratis familieorienteret rådgivning, den børnefaglige undersøgelse, jf. § 50, foranstaltninger og ophør af foranstaltninger efter servicelovens henholdsvis §§ 52 og 68, Servicelovens § 76 om tilbud om hjælp til unge i alderen 18-22 år, det såkaldte efterværn, samt § 140, der tilsiger, at kommunen i samarbejde med børn og unge skal udarbejde en handleplan. Efter det 18. år overgår den unge til servicelovens voksenbestemmelser, hvor servicelovens afsnit fem<sup>32</sup> særligt anvendes. Fælles for Børne- og Familieforvaltningen og Socialforvaltningen (på voksenområdet) er, at de skal agere i forhold til Retssikkerhedsloven, som, jf. § 4, sikrer, at borgeren får mulighed for at medvirke ved behandlingen af egen sag.

Som beskrevet indledningsvist for afsnittet om børn og ungeområdet kan målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder ikke afgrænses på samme måde som på voksenområdet. Derfor er det svært for kommunerne at sige, om barnets eller den unges tilbud er iværksat på baggrund af de psykiske vanskeligheder, da dette vurderes med afsæt i flere aspekter end udelukkende det psykiske. Derfor bliver der på dette område i højere grad tale om skøn i de antalsmæssige beregninger, ligesom også den kvalitative del bærer præg af, at målgruppen ikke i ligeså høj grad som på voksenområdet kan afgrænses.

I de to nedenstående afsnit præsenteres henholdsvis de barrierer og de potentialer, som spørgeskemaundersøgelsen i en kobling med de kvalitative interview peger på er de væsentligste.

##### 4.4.1 Barrierer på børn- og ungeområdet

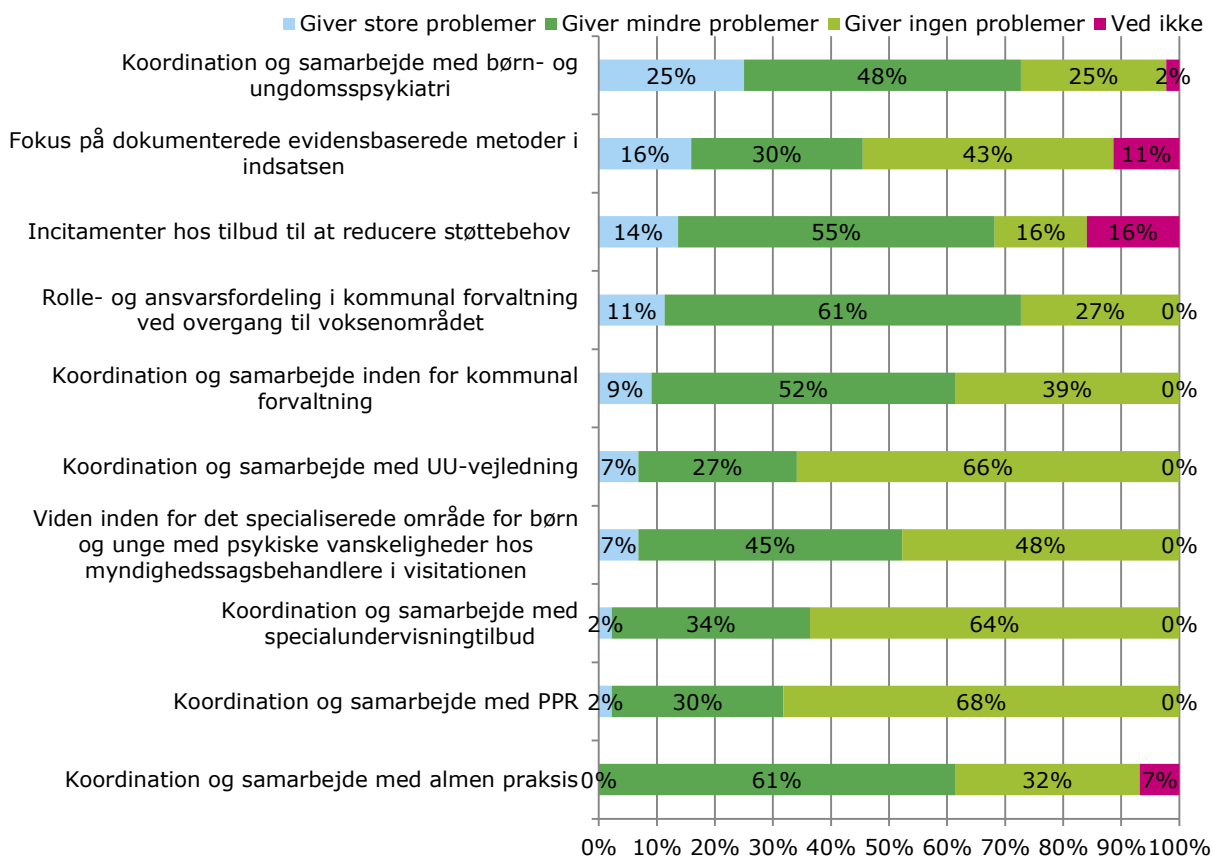
Dette afsnit behandler de barrierer på børn- og ungeområdet, som spørgeskemaundersøgelsen peger på, og som også belyses som barrierer i de kvalitative interview. Nedenstående figur illustrerer de adspurgte kommuners svar på en række spørgsmål i forhold til graden af problemer, som de nedenfor op-listede punkter giver.

<sup>30</sup> Deloitte (2012). *Analyse af kapaciteten i psykiatrien* (s. 24-25).

<sup>31</sup> Deloitte (2012). *Analyse af kapaciteten i psykiatrien*.

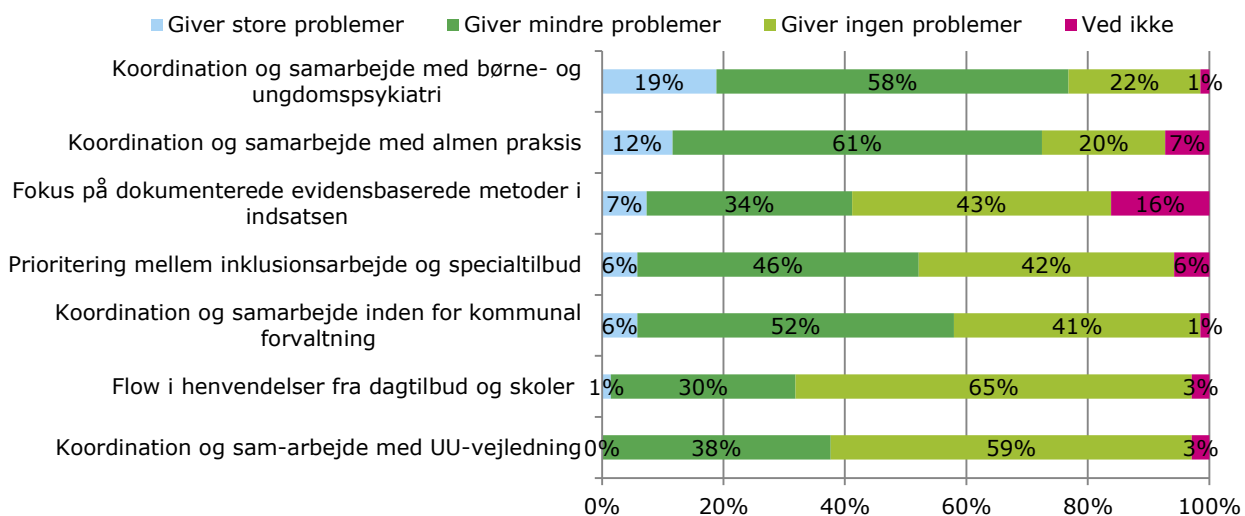
<sup>32</sup> De hyppigst anvendte, når der etableres socialpsykiatriske tilbud er § 83 (praktisk hjælp i hjemmet), § 85 (bostøtte), § 99 (støtte- og kontaktperson, SKP), § 103 (beskyttet beskæftigelse) og § 104 (aktivitets og samværstilbud) i forbindelse med dagtilbud og for botilbud § 107 (midlertidigt botilbud) samt § 108-botilbud (længerevarende botilbud). På voksenområdet skal borgere med fysiske og psykiske handicap tilbydes, at der udarbejdes en handleplan efter servicelovens § 141.

**Figur 4-17: Barrierer, Børne- og familieforvaltninger**



Kilde: oplysninger fra kommunerne  
 Note: N=51

**Figur 4-18: Barrierer, PPR-enhederne**



Kilde: oplysninger fra kommunerne  
 Note: N=76

Med afsæt i de illustrerede svar ovenfor samt de kvalitative interview sætter afsnittet fokus på følgende temaer, hvor kommunerne oplever de **største barrierer**:

- Koordination og samarbejde med børn- og ungdomspsykiatri
- Koordination og samarbejde inden for kommunal forvaltning, herunder rolle- og ansvarsfordeling ved overgangen til voksenområdet
- Manglende fokus på dokumenterede evidensbaserede metoder.

### **Koordination og samarbejde med børn- og ungdomspsykiatrien**

Som det fremgår af figuren ovenfor, ser 25 pct. af kommunerne store problemer forbundet med koordination og samarbejde med børn- og ungdomspsykiatrien, mens 48 pct. ser mindre problemer forbundet med samarbejdet. Samme billede gør sig gældende i de kvalitative interview, hvor kommunerne som udgangspunkt synes, at der er blevet skabt et langt bedre samarbejde, end der tidligere har været, mellem den regionale psykiatri og den kommunale indsats til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

På trods af den forbedring i samarbejdet, som kommunerne indikerer, at de sidste års generelle fokus på samarbejde mellem region og kommune har haft, opleves samarbejdet på tværs af sektorer alligevel som udfordringsbetonet. Alle de interviewede kommuner har formaliserede møder på ledelsesniveau med den regionale psykiatri, mens det på medarbejderniveau foregår mere ad hoc-baseret fra sag til sag. Det pointerer kommunerne umiddelbart som hensigtsmæssigt, idet sagerne adskiller sig meget og har hver deres individuelle karakter, men det betyder også, at det for hver enkel medarbejder kræver et personkendskab i den regionale psykiatri, og at man som kommunal medarbejder ved hvem, man skal kontakte i forbindelse med den pågældende sag.

Kommunerne beskriver, at der på tværs af sektorer er manglende indsigt i hinandens fagligheder og kompetencer samt manglende respekt for hinandens faglige tilgange til barnet og den unge, ligesom det også skyldes, at der ofte ikke eksisterer et personligt kendskab på tværs af sektorer. Der mangler altså et konkret overblik over, hvem der er involveret i barnets sag på tværs af sektorer, herunder hvem der kan kontaktes, og hvordan man kommer i kontakt med vedkommende. Både lægerne fra den regionale psykiatri og de kommunale medarbejdere peger på, at det i nogle tilfælde forlænger processen, da man bruger uforholdsmæssig meget tid på at finde de rette personer, og på at komme igennem til dem både i det ene og andet system.

Ligeledes peger de kommunale sagsbehandlere på, at det er udfordringer forbundet med kommunikationen på tværs af sektorer. De oplever, at den regionale psykiatri i nogle tilfælde ikke respekterer, at kommunen har myndighedskompetencen til at visitere barnet/den unge til et tilbud. Kommunerne giver udtryk for, at det kan give samarbejdsvanskeligheder mellem kommune og region, fordi kommunerne oplever, at den regionale psykiatri i stedet for at beskrive barnets tilstand og behov, nærmere beslutter indsatsens indhold uden at have kompetence til det. Kommunerne beskriver også, at dette giver samarbejdsvanskeligheder med forældrene til barnet, hvis den regionale psykiatri "lover" barnet/den unge en indsats, som kommunen hverken er enig i eller ikke vil visitere til, hvilket gør, at forældrene modtager forskellige og modstridende oplysninger fra henholdsvis det kommunale og regionale system. Som kommunerne beskriver, er det medvirkende til at skabe utryghed og skuffelse hos barnet og forældrene.

Interviewene med de kommunale ledere og medarbejdere tegner i tråd med ovenstående et billede af, at den regionale psykiatri og den kommunale psykiatri taler to forskellige sprog og fokuserer på forskellige aspekter ved barnet eller den unge. Den regionale psykiatri fokuserer på den enkelte patient, hvor kommunen fokuserer på miljøet omkring barnet, som oftest stadig skal have den samme indsats uanset om barnet har en diagnose eller ej. På tværs af de interviewede kommunale medarbejdere og medarbejderne i PPR gives der udtryk for, at den regionale psykiatri har et for stort fokus på diagnoser, og at det blot stigmatiserer barnet eller den unge, hvilket opleves som kontraproduktivt for barnets udvikling. Kommunerne oplever, at diagnosen kan stå i vejen for barnets udvikling, og at den for den regionale psykiatri blive et mål i sig selv til at udløse indsatser i kommunalt regi. Indsatser der, ifølge kommunerne, sagtens kan iværksættes via en udredning og uden nødvendigvis at have en diagnose.

Der hersker i kommunalt regi en del uenighed om, hvorvidt diagnoser udelukkende er stigmatiserende og uhensigtsmæssigt for barnet i forhold til barnets udvikling, eller om det giver mulighed for tidligere at iværksætte den rette indsats. Som en medarbejder beskriver:

*“Nogle gange kan en diagnose også bane vej videre i skolesystemet. For så kan skoleledelsen og andre se, at barnet pludselig har et behov, i stedet for blot at opfatte vedkommende som irriterende, og én der ikke kunne sidde stille” (citater, medarbejder fra PPR).*

Uanset om barnet eller den unge får en diagnose eller ej, lægger de interviewede på tværs af børn- og ungeområdet, inkl. PPR, vægt på, at den kommunale indsats skal matche den behandlingsorienterede indsats, således familien som helhed hjælpes med at sætte de rette rammer, og at både barn og forældre tror på, at de kan gøre noget selv. Som en kommunal medarbejder beskriver:

*“Ellers får vi aldrig brugt barnets potentiale, og de får fx ikke en uddannelse” (citater, medarbejder i en børn- og ungeforvaltning).*

### **Sammenhæng internt i det kommunale system**

Foruden barrierer ved samarbejdet på tværs af myndigheder, tegner interviewene et billede af, at den mest udtalte barriere på børn- og ungeområdet er samarbejdet internt i det kommunale system.

I Figur 4.12 fremgår det, at kun 9 pct. af kommunerne svarer, at der er store problemer forbundet med koordination og samarbejde inden for kommunal forvaltning, men sammenlagt med de 52 pct. af kommunerne, der ser mindre problemer forbundet med samarbejdet internt i kommunen, er tallet relativt højt.

Ligeledes svarer 11 pct. af kommunerne, at rolle- og ansvarsfordelingen i kommunal forvaltning ved overgangen fra en børn- og ungeforvaltning til en voksenforvaltning er forbundet med store problemer, og sammenlagt med de 61 pct. af kommunerne, der svarer at der er mindre problemer forbundet hermed, afspejler dette tal også, at der er nogle barrierer forbundet med det interne kommunale samarbejde. Det understreges af interviewene, hvor særligt de kommunale sagsbehandlere peger på, at samarbejdet og koordinationen er udfordret af de mange aktører, der er i sager, hvor der optræder børn med psykiske vanskeligheder.

De interviewede kommunale chefer på børn- og ungeområdet fortæller, at den kontekstorienterede tilgang på børn- og ungeområdet gør det svært at skabe overblik i kommunalt regi over antal børn og unge med psykiske vanskeligheder, fordi der ikke ligesom på voksenområdet opgøres rene psykiatriske brugere. Det gør området svært styrbart i forhold til antal af sager, kommende iværksættelse af indsatser samt kommende kommunale udgifter til børn og unge med psykisk sygdom eller psykiske vanskeligheder. Det udfordrer sammenhængen internt i kommunen, fordi sagernes gang er svære at forudsige, og fordi det i akutte sager kan være sværere at skabe sammenhæng.

Interviewene tegner et billede af, at målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder sjældent ses som en selvstændig målgruppe, men oftere i sammenhæng med den mere generelle sociale indsats, med inddragelse af PPR. Den væsentligste årsag er, at der i det kommunale praksisfelt på børn- og ungeområdet arbejdes ud fra et helhedssyn med et stort fokus på kontekst, hvilket betyder, at der fokuseres på barnet eller den unge i familien og/eller skolen, blandt venner o.a., hvor barnets eller den unges psykiske vanskeligheder kun udgør et enkelt element af deres samlede situation i de omgivelser, de befinder sig i. Det betyder også, at en sag i børn- og ungeforvaltningen sjældent drejer sig alene om barnet eller den unge, men også involverer familie eller øvrigt netværk.

Særligt peger de kommunale sagsbehandlere og UU-vejledere på overgangen fra barn til voksen, der fremhæves som en central udfordring. Udfordringen er som udgangspunkt forbundet med at etablere et samarbejde på tværs af kommunens forvaltninger og mellem de øvrige involverede aktører som jobcenteret, ungdommens uddannelsesvejledning og PPR. På tværs af interviewpersonerne peges der på, at der mangler faste procedurer for overgangen, og at kendskabet til de involverede parter i overgangssagen, herunder til hinandens faglighed og handlekompetencer, kan være relativt lille. Det vanskeliggør videndeling og informationsudveksling og skaber en utydelig opgave- og ansvarsfordeling.

At det er vanskeligt at skabe et overgangsforløb, der opleves glidende og sammenhængende for de unge, skyldes som udgangspunkt, at organiseringen på området gør, at forvaltningerne både lovgivningsmæssigt, fysisk, kulturelt og økonomisk oplever at være delt i kasser, der lukker sig om hvert sit fagområde. Det manglende kendskab, både fagligt og personligt, på tværs af børn- og unge samt voksenområdet udfordrer samarbejdet og står i vejen for at give den unge en sammenhængende og helhedsorienteret indsats i overgangen til voksenområdet.

*“Der har været mange personer indover. Så får jeg pludselig en ny person, og så skal jeg forklare hende alt igen ... det er vildt nederen”* (citater, ung borger).

Det betyder også, at den store ungegruppe, som kommunerne oplever, har et mindre sikkerhedsnet, da det i overgangsperioden lige inden den unges fyldte 18. år kan være svært at iværksætte en indsats, fordi der kan være uenighed om, hvem der afholder udgiften og dermed også, hvem der fastlægger hvilken indsats, den unge har behov for. Konkret beskriver en kommune det som, at de unge, der får behov for en indsats lige inden det fyldte 18. år, befinder sig i en form for “dødvande”. Det kan både skyldes, at børn- og ungeområdet ikke vurderer at kunne nå at lave en udredning, inden den unge fylder 18 år, men det skyldes også, at børn- og ungeområdet ikke kan iværksætte en omfattende indsats, hvor udgiften få måneder efter skal afholdes af voksenområdet, som måske ikke er enig i indsatsens indhold. Dog peger samtlige af de interviewede kommuner på, at barriererne kan imødekommes af de såkaldte overdragelses- og/eller netværksmøder i perioden fra 17 til 18 år, hvor alle relevante og involverede parter i sagen mødes med den unge og bliver enige om den fremtidige indsats.

Overdragelses- og netværksmøderne ses hos fagpersonerne som essentiel, både fordi møderne giver den unge mere klarhed over skiftet i forvaltning, lovgivning og sagsbehandler, men også fordi de mindsker tab af oplysninger mellem forvaltninger og de øvrige involverede parter. Dog peger kommunerne på, at den videndeling, som et overgangsforløb kræver foruden overdragelses- og/eller netværksmøderne, er forbundet med store udfordringer. Det skyldes primært, som før nævnt, at der mangler et personligt kendskab til hinanden, der gør det svært for de involverede parter at skabe overblik over, hvem de involverede er, hvad de kan bidrage med af viden om den unge, samt hvordan man kommer i kontakt med dem. Derudover skyldes det også en mere teknisk del, hvor den svære adgang til informationer om borgeren grundet de forskellige IT-systemer, besværliggør udveksling af oplysninger om den unge, ligesom der generelt mangler viden om, hvilke informationer man må dele, hvornår, for at sikre den unges retssikkerhed og for at leve op til persondataloven.

### **Manglende fokus på dokumenterede evidensbaserede metoder**

Som før nævnt tegner de kvalitative interview et billede af, at målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder sjældent ses som en selvstændig målgruppe, men oftere i sammenhæng med den mere generelle sociale indsats. Målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder modtager derfor en bred vifte af tilbud, der spænder lige fra rådgivning, både af børn og forældre til mere indgribende indsatser som anbringelse uden for hjemmet.

I spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at 16 pct. af de kommunale børn- og ungeforvaltninger ser store barrierer forbundet med det manglende fokus på dokumenterede evidensbaserede metoder, mens 7 pct. i PPR svarer det samme. Omkring 30 pct. af kommunerne, herunder også PPR, svarer, at der er mindre problemer forbundet med manglen på evidensbaserede metoder, mens et relativt stort antal respondenter fra de kommunale forvaltninger og PPR har svaret “ved ikke”, henholdsvis 11 pct. og 16 pct. At relativt mange respondenter svarer “ved ikke” til spørgsmålet, sammenholdt med at det i interviewene fremgår, at flere kommunale medarbejdere har svært ved konkret at redegøre for, hvilke evidensbaserede metoder de anvender, indikerer det, at der enten ikke anvendes særligt mange evidensbaserede metoder, eller at der ikke er bevidsthed omkring hvilke evidensbaserede metoder, som kommunen arbejder med.

Både ledere og medarbejdere fra de kommunale forvaltninger samt PPR fortæller, at der generelt er få målgruppenspecifikke tilbud til målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder. Særligt til den yngre målgruppe mangler der specialiserede tilbud, hvilket vanskeliggør tilrettelæggelsen af den rette indsats.

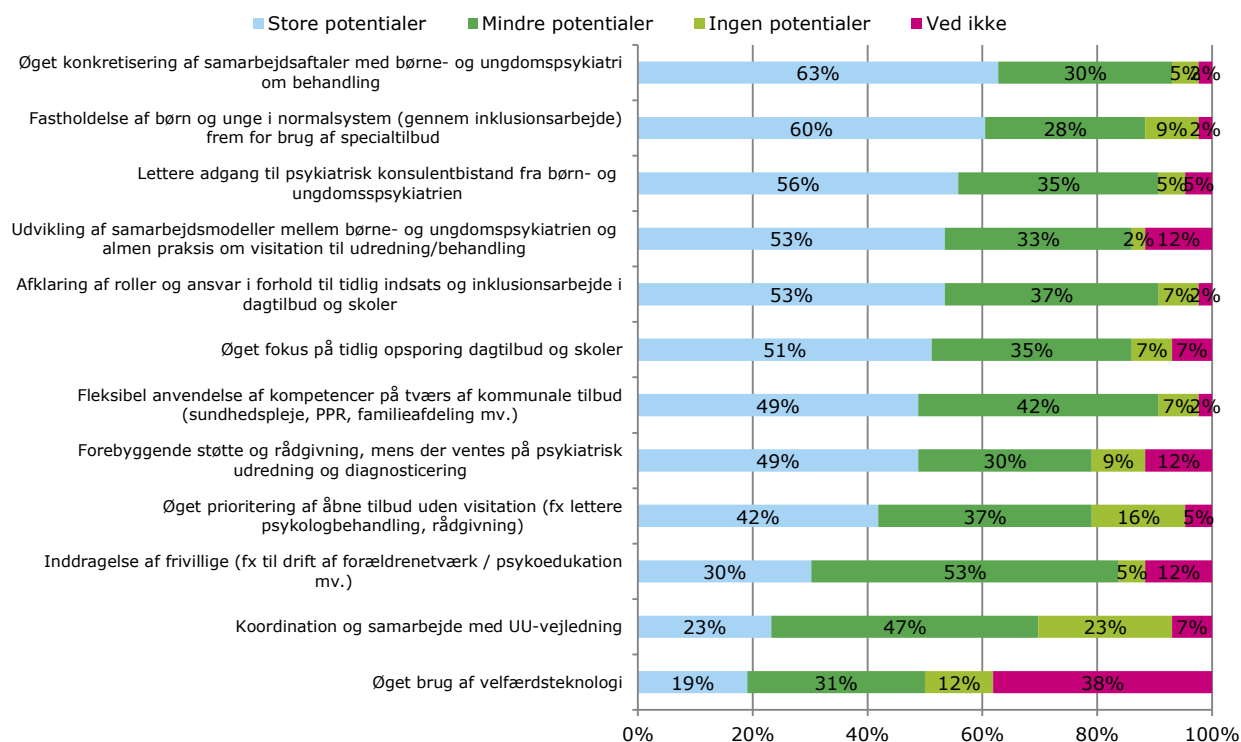
Målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, der trods deres umiddelbare trivsel og gode faglige kundskaber ikke formår at blive inkluderet i den almene undervisning, fylder som tidligere beskrevet relativt meget hos kommunerne i øjeblikket og kræver derfor nye og anderledes indsatser. Det stiller samtidigt også nye krav til medarbejdergruppen om et bedre kendskab til et bredere spektrum af diagnoser og en anderledes krævende målgruppe. Det betyder, at de skal klædes fagligt bedre på, hvorfor det er afgørende at have adgang til supervision og faglig sparring.

Således er de største barrierer forbundet med samarbejde, både internt i kommunen, her særligt mellem kommunale forvaltninger, samt mellem kommune og den regionale psykiatri. Derudover fortæller kommunerne, at de har få specialiserede tilbud til målgruppen af unge med psykiske vanskeligheder og ikke i særlig høj grad arbejder med evidensbaserede metoder.

#### 4.4.2 Muligheder på børn- og ungeområdet

Afsnittet behandler de potentialer på børn- og ungeområdet, inkl. PPR, som spørgeskemaundersøgelsen peger på, og som via de kvalitative interview også peges på som potentialer. Nedenstående figur illustrerer de adspurgte kommuners svar på en række spørgsmål i forhold til graden af potentialer, som de nedenfor oplyste henseender giver.

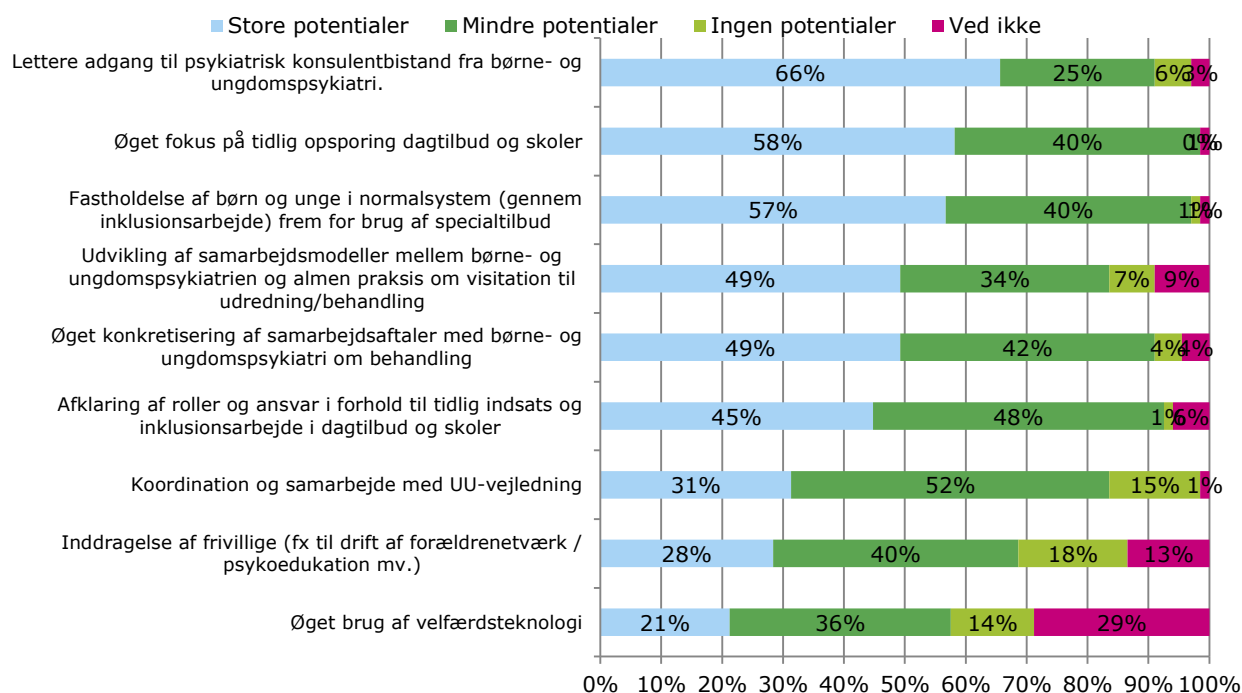
Figur 4-19: Muligheder på børn- og ungeområdet



Note: N=51



Figur 4-20: Muligheder PPR



Note: N=76

Generelt ser kommunerne potentialer på flere områder. Med afsæt i svarene fra hele børn- og ungeområdet, inkl. PPR, samt de kvalitative interview sætter afsnittet fokus på følgende temaer, som kommunerne anser for at indeholde de **største potentialer**:

- Øget konkretisering af samarbejdsaftalerne med børn- og ungdomspsykiatri om behandling og lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand fra børn- og ungdomspsykiatrien
- Inklusion af af børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning.

Som både spørgeskemaundersøgelsen og interviewene peger på, er der dog en række områder, hvor kommunerne ser **mindre potentialer**. Disse behandles også i dette afsnit og er nedenstående:

- Inddragelse af frivillige
- Øget brug af velfærdsteknologi.

#### Øget samarbejde med regionalpsykiatrien og lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand

Både børn- og ungeforvaltningerne samt PPR ser store potentialer i at øge samarbejde med den regionale psykiatri, henholdsvis 63 pct. af de kommunale børn- og ungeforvaltninger samt 49 pct. af respondenterne fra PPR svarer, at der er store potentialer forbundet hermed. Samtidigt er det også et samarbejde, der har en række iboende udfordringer, som beskrevet ovenfor. Ligeledes svarer over halvdelen af de kommunale børn- og ungeforvaltninger og PPR, henholdsvis 56 pct. og 66 pct., at de ser store potentialer forbundet med at skabe en lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand. Det underbygges i høj grad af interviewene som på tværs af faggrupper og kommunegrænser peger på psykiatrisk konsulentbistand som en potentiel mulighed for at støtte kommunerne i deres arbejde med børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Generelt er der enighed om, at der er et behov for at arbejde med en tidligere og mere systematisk inddragelse af hinandens faglige viden og kompetencer på tværs af sektorer. Nogle kommuner fortæller, at i de forløb hvor samarbejdet på tværs af sektorer har fungeret, har det været til stor gavn for borgeren, som har fået et langt mere sammenhængende og helhedsorienteret forløb, mens det også organisatorisk har skabt lettere arbejdsgange, hvor der for både den regionale psykiatri og kommune ikke har været brugt unødigt tid på at finde frem til de rette personer. Derfor fortæller kommunerne, at udvikling af rette arbejdsgange, eksempelvis i form af faste procedurer, et større kendskab til hinandens fagligheder

og kompetencer samt et generelt bedre personligt kendskab på tværs af sektorer, indeholder store potentialer for at give børn og unge med psykisk sygdom et langt mere sammenhængende forløb, særligt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.

Kommunerne efterspørger derudover lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand. Det gælder i forhold til tre forskellige aspekter. Det gælder som udgangspunkt i udredningsfasen, hvor kommunerne ser et potentiale i at kunne inddrage afgrænset psykiatrifaglig bistand. I forvejen anvender kommunerne i udbredt grad PPR's psykologfaglighed i forbindelse med henvisninger til den regionale psykiatri, men det fokus, som det kommunale børn- og ungeområde har på kontekst, særligt familien, giver den regionale psykiatri en central rolle i forhold til de børn og unge, hvor der er behov for den psykiatrifaglige viden, som kommunerne ikke altid kan levere. Kommunerne fortæller, at de er i stand til at læse psykiatriens udredninger, men at de godt kunne bruge lægefaglig sparring til at vurdere, hvilken indsats der vil være den mest egnede, også i den løbende vurdering af om tilbuddet er svarende til barnets behov.

Derudover gælder det i forhold til selve den kommunale indsats over for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvor der efterspørges en større udgående faglig sparring fra den regionale psykiatri. Og til sidst gælder det også i de situationer, hvor kommunerne oplever at få en henvendelse lige op til en weekend fra et barn eller en ung med psykiske vanskeligheder, som eksempelvis kan være selvmodstruet. Her peger kommunerne på, at der er behov for en akutfunktion i form af eksempelvis en hotline til den børne- og ungepsykiatriske bagvagt, hvor man kan drøfte barnet eller den unges situation og en eventuel mulighed for indlæggelse ved akutte sager.

Hvis potentialet i at øge samarbejdet med den regionale psykiatri skal udfyldes, fremhæver ledere og medarbejdere fra PPR i en kommune, at det er centralt, at den lægefaglige sparring kommer fra et tungt fagligt miljø, som det, der er etableret i regionen, og dermed ikke fra en lægekonsulent i kommunens eget regi. Derudover påpeger samtlige interviewede kommunale ledere og medarbejdere, herunder PPR, at hvis potentialet i at øge samarbejdet og at skabe lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand skal udfyldes, skal der være klare nedskrevne samarbejdsaftaler og retningslinjer for samarbejdet. I forbindelse med det, skal der ske en forventningsafstemning ift. rammer, indsatser og støtte, således der ikke opstår misforståelser i forbindelse med bevillinger, og således regionen er bevidst om, at det er kommunen, der har den endelige myndighed til at visitere borgeren til et tilbud.

Kommunerne peger generelt i sammenhæng med dette på, at det er centralt, at fokus ikke flyttes fra det sociale aspekt til udelukkende at handle om barnets eller den unges diagnose. Visitationen må stadigvæk ske ud fra et helhedsperspektiv og ud fra den samlede families situation, idet diagnosen ikke kan stå alene. Derudover skal der skabes klarhed over, hvilken indsats kommunerne skal tilbyde i løbet af ventetiden på udredningen i den regionale psykiatri.

### **Inklusion af børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning**

På børn og ungeområdet spiller inklusion en stor rolle. 62 pct. af de adspurgte kommuner har et politisk vedtaget inklusionsfokus, fx i form af en strategi for inklusionsarbejde i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder. I interviewene fremgår det ligeledes, at kommunerne enten har en nedskrevet formaliseret inklusionspolitik for kommunen eller en italesat tilgang om, at de fleste børn og unge har gavn af at blive søgt inkluderet i i almene dagtilbud og almen undervisning.

Den store rolle som inklusion spiller på børn- og ungeområdet, afspejler sig også i spørgeskemaundersøgelsens svar, hvor over halvdelen af de adspurgte kommuner (60 pct.), peger på de store potentialer, der er forbundet med at inkludere børn- og unge i i almene dagtilbud og almen undervisning, mens kun 9 pct. svarer, at de ingen potentialer ser forbundet med inklusion. På samme måde ser 56 pct. inden for PPR store muligheder forbundet med at fastholde børn og unge i almene dagtilbud og almen undervisning.

Casestudierne i kommunerne har vist, at det er de psykisk sårbare unge, der anses som den mest udfordrende gruppe at nå. Kommunerne har en opfattelse af, at der er kommet flere af denne målgruppe, og at de kan være svære at spotte, fordi de udadtil virker velfungerende, er veltalende og ser velsoignerede ud. Det stiller krav til kommunerne, både i forhold til opsporing af de psykisk sårbare unge, således den rette indsats kan iværksættes, men også fordi de ligger i en gråzone og derfor er svære at udrede. Der er en oplevelse af, at de kommunale medarbejdere er gearet til at håndtere klassiske psykia-

triske diagnoser, hvilket gør det sværere at skulle håndtere unge, der er emotionelt ustabile, og som ofte bevæger sig i i almene dagtilbud og almen undervisning uden den rette støtte med fare for pludseligt at få et større og langt mere omfattende behov for hjælp. Kommunerne oplever, at det er vanskeligt at sammensætte de rette tilbud for gruppen af psykisk sårbare unge, fordi både fagpersoner og de unge har svært ved at definere, hvad sårbarheden skyldes.

Tendensen er den samme for de yngre børn, hvor der på tværs af interviewkommunerne peges på, at kommunerne oplever en stigning i børn med tilknytningsforstyrrelser og særligt følsomme børn. Børnene er svære at placere, fordi tilknytningsforstyrrelsen ikke har givet sig udslag i en egentlig diagnose, og man forsøger derfor så vidt muligt at beholde dem i almene dagtilbud og almen undervisning, ud fra en inklusionstankegang. En del af denne gruppe af sensitive børn dropper ud af skolen i 12-13 års alderen og er meget svære at få tilbage, hvilket ikke skyldes det faglige niveau, idet de ikke har problemer med at følge med. Derimod er de angste og oplever en form for skolefobi, der stiller store krav til kommunernes indsats og ønsket om inklusion.

Kommunerne peger på, at de store forandringer, som skolerne har gennemgået de senere år, har betydet flere børn i klasserne og generelt flere elever på skolerne. Det har stor betydning for gruppen af psykisk sårbare eller følsomme børn og unge, der har svært ved at kapere de store klasser og de forandringer, det medfører. Det betyder, at inklusionen udfordres af, at skolerne ikke har forhold, der matcher gruppen af psykisk sårbare børn og unge. Som kommunerne beskriver det, pålægger det lærere et endnu større ansvar, og gør processen med at implementere inklusionen langsommelig.

*“Den [inklusion, red.] kan kun gøres i skolernes eget tempo” (citater kommunal chef).*

Kommunerne fortæller, at tendensen i øjeblikket er, at der er et stort fokus på indsatser forankret i gruppeforløb, både rettet mod børn, forældre og/eller familier, samt afgrænsede korterevarende forløb, særligt for de unge. Et tilbud, der har haft gode erfaringer med denne tilgang med afgrænsede, målfo- kuserede og tidsbestemte forløb for unge i alderen 15-22 år, er Skiftesporet i Herning Kommune. Nedenstående boks skitserer kort tilbuddets indhold.

#### **Boks 4-5: Skiftesporet i Herning**

På alle Skiftesporets tilbud, som omfatter målgruppen af unge fra 15-22 år, arbejder personalet ud fra det samme narrative og systemiske grundlag.

Tilbuddet anvender tilgangen “de små skridt”, som sætter fokus på den personlige udvikling, og processen gentages løbende hver 3.-6. måned.

Ifølge Skiftesporets leder har de i fokus på at få en højere grad af midlertidighed i deres tilbud, da de har positive erfaringer med, at kortere, tidsafgrænsede indsatser virker på ungegruppen.

Således er de største potentialer, som både de interviewede personer fra børn- og ungeforvaltningerne og fra PPR, forbundet med at øge samarbejdet med den regionale psykiatri. Samtidigt er det et samarbejde, der indeholder en række centrale barrierer, som tidligere beskrevet. Den lettere adgang til psykiatrisk konsulentbistand anses også for at have et af de største potentialer for både børn- og ungeforvaltningerne og PPR. Potentialerne i psykiatrisk konsulentbistand gør sig ligeledes gældende som en gennemgående tendens i de kvalitative interview, der nævnes på tværs af faggrupper og kommunegrænser. De følgende to afsnit beskriver de områder, som det samlede børn- og ungeområde, inkl. PPR, ser det mindste potentiale i.

#### **Inddragelse af frivillige**

Spørgeskemaundersøgelsens svar peger på, at de adspurgte kommuner, både i forvaltningen og i PPR, ser et mindre potentiale i at inddrage frivillige end ved at arbejde med de to før beskrevne områder. Omkring 30 pct. fra henholdsvis børn- og ungeforvaltning samt PPR anser frivillighed som et område med store iboende potentialer.

Tallet er noget lavere end for de temaer, der omhandler samarbejde. Som interviewene indikerer, kan det skyldes, at de største udfordringer, som kommunerne på nuværende tidspunkt står overfor, er forbundet med samarbejde. Det gælder både internt i det kommunale system, særligt mellem forvaltninger, ligesom det også gælder samarbejde med behandlingspsykiatrien. Det fremgår af interviewene, at kommunerne som udgangspunkt har fokus på at arbejde med de udfordringer, som synes mest udtalte i en kommunal hverdagskontekst, og derfor har et naturligt mindre fokus på inddragelse af frivillige, der ikke umiddelbart imødekommer en udtalt barriere.

På tværs af kommunegrænser er der en del forbehold overfor at inddrage frivillige på grund af børn- og ungemålgruppens karakteristika. Flere kommuner nævner, at målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder kræver en høj faglighed i indsatsene, hvorfor flere kommuner er tilbageholdende med at inddrage frivillige uden at have en strategi for kompetenceudviklingen af dem. Som en kommunal medarbejder siger: *"Så skal de være de fødte socialarbejdere"*, hvilket indikerer, at særligt medarbejderne er skeptiske overfor potentialet i at anvende frivillige uden en socialfaglig uddannelse.

På trods af de forbehold som kommunerne har, er der alligevel på tværs af kommunegrænser et øget fokus på at forsøge sig med en højere grad af inddragelse af frivillige, og at se dem som en supplerende ressource til den socialfaglige indsats og ikke som et alternativ. At henholdsvis 12 pct. i kommunernes forvaltning og 13 pct. i PPR har svaret "ved ikke" til spørgsmålet om potentialet i at inddrage frivillige, underbygger kun tendensen i interviewene, hvor kommunerne har haft svært ved at svare på, hvilke potentialer de ser i at inddrage frivillige, simpelthen fordi de ikke mener at have arbejdet med at udfolde potentialet endnu.

Der, hvor inddragelsen af frivillige på børn og ungeområdet er mest udtalt på nuværende tidspunkt, er i forhold til at arbejde med netværksskabelse hos gruppen af unge. Her ses brugen af mentorer eller "buddies" (venner) som en mulighed for at udvide de unges netværk og at skabe et samvær, der ikke fokuserer på de unges vanskeligheder eller diagnoser, men i stedet på at skabe generelle ungdomsfællesskaber. Det kan være medvirkende til at skabe et behandlingsfrirum for de unge, hvor de unge oplever at være andet end deres psykiske vanskeligheder eller eventuelle diagnose.

### **Øget brug af velfærdsteknologi**

Ligesom inddragelse af frivillige er der også færre kommuner, der ser potentialer i øget brug af velfærdsteknologi. Henholdsvis 19 pct. af de kommunale børn- og ungeforvaltninger og 21 pct. i PPR ser store potentialer ved øget brug af velfærdsteknologi, men omkring 30 pct. i begge regi ser mindre potentialer forbundet med velfærdsteknologi. At der også i forhold til øget brug af velfærdsteknologi er en stor gruppe, der har svaret "ved ikke", henholdsvis 12 pct. fra børn- og ungeforvaltningerne og 29 pct. fra PPR, kan ligesom ovenfor beskrevet skyldes, at kommunerne generelt har svært ved at se potentialet i velfærdsteknologi udfoldet.

De fleste kommuner fortæller, at de ikke er særligt langt fremme på børn- og ungeområdet i forhold til brug af velfærdsteknologi. Det skyldes primært, at området er præget af et stort fokus på den personlige relation, både mellem medarbejdere og mellem medarbejder og barnet eller den unge. Derfor har særligt de medarbejdere, der har megen borgerkontakt svært ved at se potentialerne inden for velfærdsteknologien. Kommunerne henviser til målgruppen af børn og unge, som de tvivler på vil have gavn af den mere IT-orienterede kontakt. En medarbejder fra Ungdommens Uddannelsesvejledning udtaler:

*"Der er en menneskelighed over at være til stede. Det er meget det med at være der og fornemme, hvad der er i rummet"* (citater, UU-vejleder).

Et tilbud, der har haft gode erfaringer med at anvende de sociale medier i forbindelse med at skabe netværk for ungegruppen, er Slagelses socialpsykiatriske Center, som har oprettet en Facebook-gruppe, hvor de unge kan skabe virtuelle fællesskaber og fora for kommunikation til stor gavn for de psykisk sårbare unge i kommunen. Nedenstående boks skitserer kort indholdet i indsatsen.

#### Boks 4-6: Brug af Facebook som netværksskabende forum

Socialpsykiatrisk Center Slagelse har suppleret deres ungetilbud, Café R, med et virtuelt tilbud i form af en gruppe på Facebook. Formålet er at etablere et netværk omkring aktiviteterne i Café R og styrke relationerne mellem brugerne. Facebook-gruppen tjener også det formål at inkludere psykisk sårbare unge, som ikke i udgangspunktet er brugere af Cafeen, i et fællesskab.

Målgruppen er psykisk sårbare unge i alderen 18-35 år, så gruppen er ikke i udgangspunktet henvendt til unge under 18 år, men i casebesøgene fremgår det, at det også kan være relevant at anvende Facebook som et netværksskabende forum for den yngre ungegruppe (under 18 år). I afgrænsningen af målgruppen har det for Socialpsykiatrisk Center Slagelse været centralt at skabe et ungemiljø. Afgrænsningen er gjort på baggrund af erfaringer om, at unge ikke benytter de tilbud, som henvender sig til en aldersmæssigt bredere målgruppe.

Facebook-gruppen er en lukket gruppe, som man skal bede om optagelse i. Den har i dag 86 medlemmer, hvoraf 8 er medarbejdere fra Socialpsykiatriske Center Slagelse. Gruppen bruges både som informationsportal, hvor aktivitetstilbud kommunikeres ud til de unge, og er samtidig et forum hvor psykisk sårbare unge sættes i kontakt med andre unge i samme situation, giver sparring på problemstillinger i de unges liv og drager omsorg for hinanden.

Kommunerne ser generelt et større potentiale i at gøre øget brug af velfærdsteknologi i forhold til at mindske unødigt transporttid og i stedet i højere grad at gøre brug af telekommunikation i form af videokonferencer og/eller Skype. De kommuner, der ser potentialer i øget brug af velfærdsteknologi, er kommuner med store afstande mellem eksempelvis den regionale psykiatri og kommunen. Blandt andet dækker den regionale psykiatri i København også Bornholm Kommune, mens den regionale psykiatri i Odense skal dække fem kommuner, herunder Svendborg Kommune. Det betyder, at der er meget transporttid forbundet med at holde møder, hvilket kan mindskes ved ikke fysisk at skulle bevæge sig over store afstande.

#### 4.5 Potentialer

Som beskrevet tidligere er kommunerne i gang med en omstillingsproces i forhold til at håndtere flere opgaver i det almene system og øge den tidlige og forebyggende indsats. Derudover har kortlægningen af kommunernes kapacitet – herunder ressourceforbrug og aktivitet – vist, at der eksisterer forskelle mellem kommunerne i forhold til udgifter, aktivitet, personale og pladser.

Variationen i kommunernes kapacitet kan skyldes en række forhold – herunder forskelle i demografiske eller socioøkonomiske baggrundsforhold i kommunerne, der driver udgifterne, forskelle i kvalitet eller serviceniveau på tværs af kommuner samt effektiviseringsforskelle. I dette afsnit opstilles en model, der viser, hvilke forhold der har en statistisk signifikant sammenhæng med udgiftsniveauet samt hvor stor en andel af variationen mellem kommunerne, der ikke umiddelbart kan forklares.

Variation i udgiftsniveauet på tværs af kommuner – der ikke kan forklares af objektive forskelle mellem kommuner – indikerer, at der eksisterer et potentiale for at frigøre kapacitet til fx øget investering og kapacitetsopbygning af forebyggelses- og inklusionsindsatser frem for anbringelser gennem ændret organisering og opgavevaretagelse. Der tages i analysen generelt forbehold for eventuelle forskelle i problemtyngde og kvalitet i indsatsen gennem tiden såvel som på tværs af kommunerne, da det ikke er analytisk muligt at afdække inden for de givne analyserammer.

Som nævnt, må en del af forskellene mellem kommunerne forventeligt kunne henføres til en række sociale og demografiske baggrundsforhold, der kan have betydning for kommunens udgiftsbehov på området. For at tage højde for disse baggrundsforhold har Rambøll foretaget en analyse af, hvilke forhold

der statistisk har en signifikant sammenhæng med udgiftsniveauet<sup>33</sup>. I nedenstående tabel ses en oversigt over, hvilke variable der er inkluderet i analysen samt en angivelse af, om der er statistisk signifikant sammenhæng mellem baggrundsforholdene og udgiftsniveauet:

**Tabel 4-48: Variable i statistisk analyse af udgiftsforskelle**

Betydende faktor	Målt ved	Betydning: -: ingen signifikant betydning +: positiv signifikant betydning ÷: negativ signifikant betydning
<b>Baggrundsvariable</b>		
<b>Kommunestørrelse</b>	Indbyggertal	-
<b>Alderssammensætning</b>	Andel af 12-17 årige af de 0-17 årige	-
<b>Socioøkonomiske forhold</b>	Gennemsnitlig indkomst i kommunen for de 25-59 årige	÷**
	Andel af befolkningen på førtidspension	-
<b>Boligforhold</b>	Andel, der bor i almennyttig bolig	+**
<b>Yderområder</b>	Andel af befolkningen, der bor i bymæssig bebyggelse	-
<b>Variable, som kan påvirkes af kommunen</b>		
<b>Kapacitet</b>	Pladser på døgninstitutioner og opholdssteder til sindslidende beliggende i kommunen pr. 0-17 årige	+**
<b>Anbringelsesfrekvens</b>	Antal anbringelser pr. 0-17 årige (gennemsnit af 2009-2011)	+**
<b>Brug af forebyggende indsatser</b>	Andel af de samlede udgifter, som går til forebyggende indsatser	-
<b>Brug af familiebehandling</b>	Antal forløb inden for familiebehandling pr. 0-17 årige (gennemsnit af 2009-2011)	+**
<b>Børn og unge med psykiske vanskeligheder</b>	Medfinansieringsudgifter til indlæggelser af børn og unge (under 20 år) i psykiatrien (gennemsnit af 2009-2011)	-
	Medfinansieringsudgifter til ambulante besøg for børn og unge (under 20 år) i psykiatrien (gennemsnit af 2009-2011)	+**

Note: \*\*: Signifikant på 95 % niveauet

Analysen viser, at følgende baggrundforhold har en signifikant betydning for kommunernes udgiftsniveau:

- Gennemsnitlig indkomst i kommunen for de 25-59 årige (påvirker negativt, så en øget indkomst fører til lavere udgifter)
- Andel, der bor i almennyttig bolig (påvirker positivt, så en øget andel i almennyttig bolig fører til højere udgifter)
- Pladser på døgninstitutioner og opholdssteder til sindslidende beliggende i kommunen pr. 0-17 årige (påvirker positivt, således at mange pladser i kommunen fører til højere udgifter).

Herudover har følgende forhold betydning for kommunernes udgiftsniveau:

<sup>33</sup> Der er kørt en almindelig lineær regressionsmodel.

- Antal anbringelser pr. 0-17 årige (påvirker positivt, så et øget antal anbringelser fører til højere udgifter)
- Antal forløb inden for familiebehandling pr. 0-17 årige (påvirker positivt, så et øget antal familiebehandlinger medfører højere udgifter)
- Medfinansieringsudgifter til ambulante besøg for børn og unge under 20 år i psykiatrien (påvirker positivt, så en øget medfinansiering fører til højere udgifter).

Samlet set kan den statistiske model forklare 77 pct. af variationen mellem kommunerne. I modellen, hvor der kun er inddraget baggrundsvariable, er forklaringsgraden 38 pct. De efterfølgende analyser er baseret på den samlede model, hvor de variable som kommunen kan påvirke også indgår. Det skyldes at disse variable kan bruges til at vurdere mulighederne for udgiftstilpasning ved en ændret praksis i kommunerne.

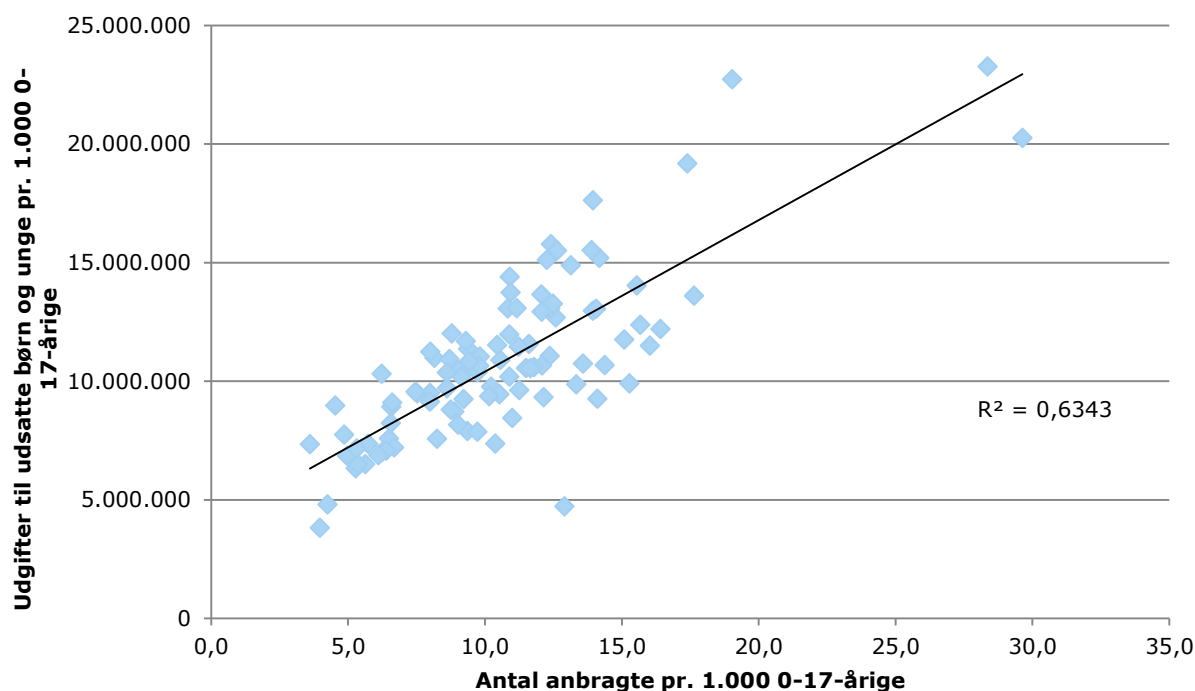
De målte udgiftsforskelle er således korrigeret for betydningen af forskellige baggrundsforhold. Rambøll har i analysen lagt særlig vægt på at identificere den *generelle* betydning af baggrundsforhold samlet set, da analysens fokus især har været rettet mod at identificere, hvilken del af den kommunale udgiftsvariation, som *ikke* kan henføres til sådanne baggrundsforhold. Det er Rambølls vurdering, at størrelsesordenen af den uforklarede variation på børn- og ungeområdet ikke ændrer sig mærkbart ved inddragelse af forskellige andre baggrundsforhold, som Rambøll har haft mulighed for at teste inden for rammerne af denne analyse<sup>34</sup>.

Analysen viser, at de samlede udgifter til udsatte børn og unge i kommunerne til en vis grad kan forklares med kommunens anbringelsesfrekvens, hvilket er illustreret af nedenstående figur, der ser på de samlede udgifter til området pr. 1.000 0-17-årig i forhold til anbringelsesfrekvensen:

---

<sup>34</sup> Rambøll har bl.a. afprøvet følgende øvrige baggrundsvariable i modellen: ø-kommune / ikke ø-kommune, stor kommune / mellem kommune / lille kommune, andel ikke-vestlige 0-17-årige, andel personer 20-64 år med indkomst under 150.000 kr., andel 25-49-årige uden højere uddannelse end grundskole.

**Figur 4-21: Sammenhæng mellem de samlede udgifter pr. 0-17-årig og anbringelsesfrekvens på det samlede område for udsatte børn og unge**



Kilde: Danmarks Statistik, Anbringelsesstatistikken og egne beregninger

Figuren viser en sammenhæng mellem kommunens samlede udgifter og anbringelsesfrekvensen. Kommuner med en høj anbringelsesfrekvens har generelt højere samlede udgifter. Samme tendens genfindes, når man ser anbringelsesfrekvensen, der udelukkende vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. Den statistiske analyse har vist, at denne sammenhæng er signifikant, selv når der tages højde for relevante baggrundsforhold.

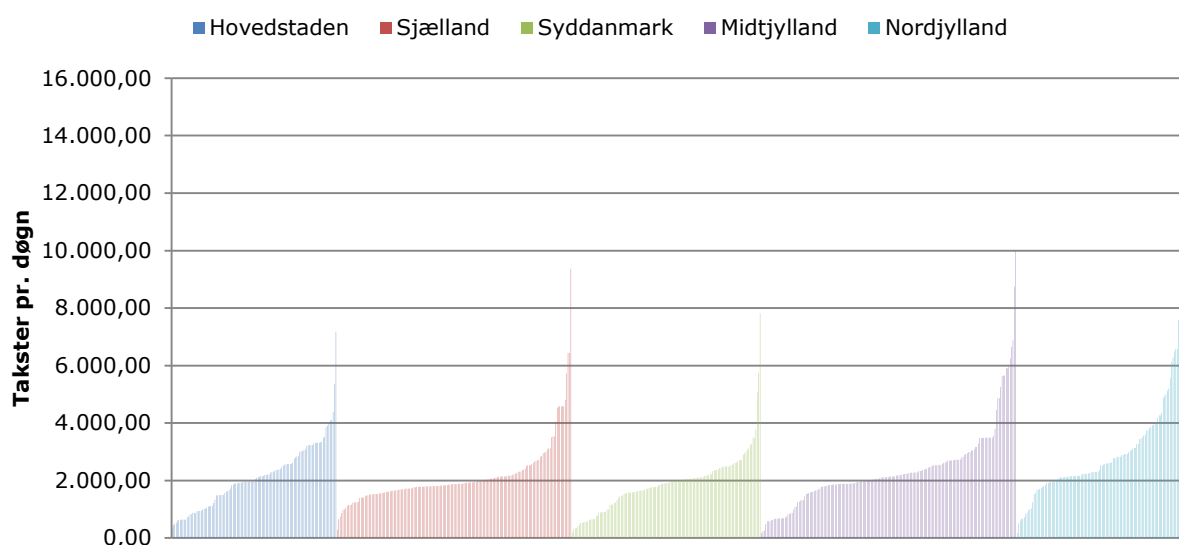
Hvis vi antager, at kommuner med en høj anbringelsesfrekvens kan reducere den til gennemsnittet, kan det ligeledes antages, at deres udgifter falder pga. den stærke sammenhæng mellem udgiftsniveau og anbringelsesfrekvens. Rambølls analyse peger på, at en tilsvarende variation kan genfindes på de specifikke udgifter til børn og unge med psykiske vanskeligheder (hvilket udgør omkring 47 pct. af de samlede udgifter). Den samlede udgiftstilpasning for børn og unge med psykiske vanskeligheder ved en lavere anbringelsesfrekvens og øget brug af forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelser vurderes derfor at være 237 mio. kr. Den statistiske analyse viser, at en lavere anbringelsesfrekvens hænger sammen med øgede udgifter til forebyggende foranstaltninger. Det ses ved, at et fald i anbringelser fører til et fald i de samlede udgifter, der er mindre end enhedsomkostningen til anbringelser. Det kan tolkes på den måde, at kommuner med færre anbringelser i højere grad bruger forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelser.

Ud over den variation, der kan forklares af ovenstående faktorer, eksisterer der fortsat en uforklaret variation mellem kommunerne svarende til 442 mio. kr. på området for børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvis det antages, at kommunerne over gennemsnittet kan reduceres til gennemsnittet.

Analysen har ligeledes vist, at der på tværs af kommuner er forskelle i taksterne på døgninstitutioner og opholdssteder til målgruppen. Af nedenstående figur fremgår fordelingen af takster på alle døgninstitutioner og opholdssteder, der henvender sig til børn og unge med psykiske vanskeligheder, fordelt på kommunerne i de fem regioner.



**Figur 4-22: Takster for ydelser efter servicelovens § 66 stk. 5 og 6 opdelt på kommuner i de fem regioner**

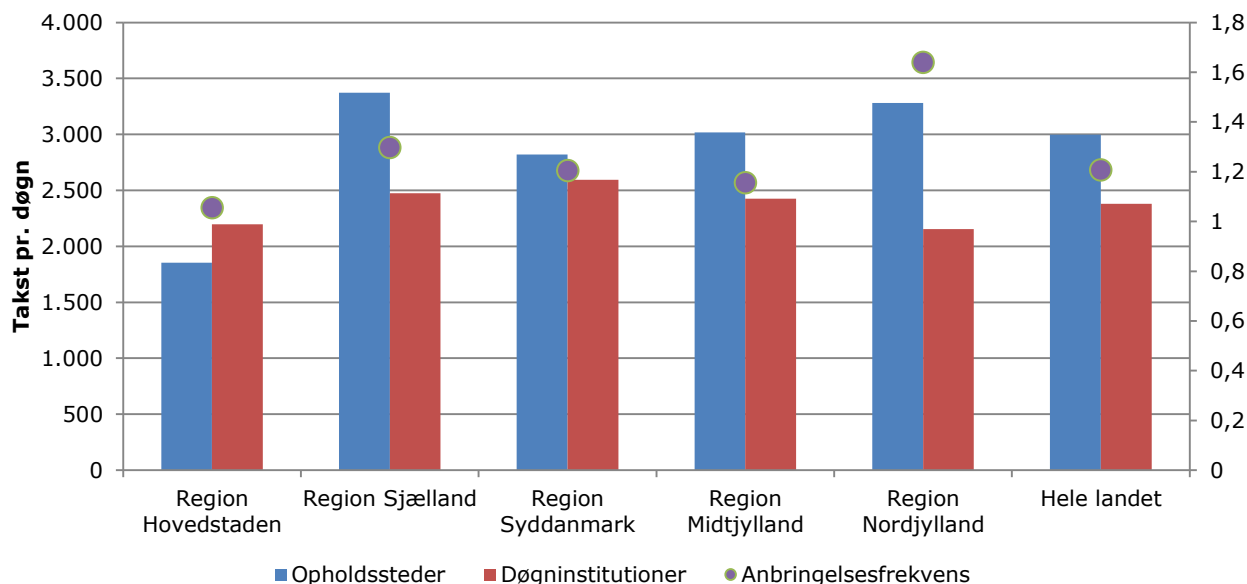


Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger

Af figuren ses det, at der i kommunerne i alle regioner er en tydelig variation i taksterne til døgninstitutioner og opholdssteder. Selvom der er en specialiseringsforskel mellem de forskellige institutioner, så vurderes det, at variationen i taksterne repræsenterer enten et muligt effektiviseringspotentiale eller et udtryk for forskelle i serviceniveau/kvalitet i tilbuddene.

I figuren nedenfor ses der på de gennemsnitlige takstpriser på ydelser på institutionerne i hver af de fem regioner samt på anbringelsesfrekvensen i forhold til børn og unge med psykiske vanskeligheder.

**Figur 4-23: Gennemsnitstakster for ydelser efter servicelovens § 66 stk. 5 og 6 (opholdssteder og døgninstitutioner) opdelt på regioner samt antal borgere med psykiske vanskeligheder på disse tilbud pr. 1.000 0-17-årige**



Kilde: Tilbudsportalen, Ankestyrelsens anbringelsesstatistik og egne beregninger

De lilla cirkler i figuren viser det gennemsnitlige antal anbringelser per 1.000 0-17-årige i kommunerne i hver region, mens søjlerne viser de gennemsnitlige takster på institutionerne i kommunerne i de fem regioner.

Af figuren ses det, at der er en variation i gennemsnitstaksterne i kommunerne imellem de fem regioner. Variationen er størst i forhold til takster på opholdssteder, hvor kommunerne i Region Sjælland har de højeste gennemsnitstakster, mens kommunerne i Region Hovedstaden har de laveste gennemsnitstakster. Der er ikke nogen umiddelbar sammenhæng mellem kommunernes anbringelsesfrekvens og gennemsnitstaksterne i kommunerne i de fem regioner. Dog ses det, at kommunerne i Region Nordjylland, som har den højeste anbringelsesfrekvens, også har den laveste gennemsnitstakst på døgninstitutioner.

Hvis det beregningsteknisk antages, at den gennemsnitlige takstpris i de kommuner i de fem regioner, som ligger over gennemsnittet, kan reduceres til gennemsnittet for de fem regioner, så vil der være et beregningsteknisk potentiale for en udgiftstilpasning på 117 mio. kr. på opholdssteder og 46 mio. kr. på døgninstitutioner, hvilket samlet giver et beregningsteknisk potentiale på 163 mio. kr. årligt. Dette er en udgiftstilpasning, der kan dække over såvel effektiviseringspotentiale som potentiale for harmonisering af serviceniveauer.

I nedenstående tabel ses en opsummering på det beregningstekniske potentiale:

**Tabel 4-49: Illustration af beregningsteknisk potentiale ved tilpasning af udgifter pr. 0-17-årig til gennemsnitsniveau**

Udgift / beregningsteknisk potentiale	
<b>Samlede nettodriftsudgifter i 2011 til børn og unge med psykiske vanskeligheder</b>	6,3 mia. kr.
<b>Tilpasning af omkostninger til gennemsnitsniveau</b>	
<b>Variation mellem kommunerne (korrigeret for baggrundsforhold)</b>	<b>679 mio. kr.</b>
Heraf lavere anbringelsesfrekvens og øget brug af forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelse	237 mio. Kr.
Heraf takster på døgninstitutioner og opholdssteder	163 mio. kr.

Beregningerne er forbundet med usikkerhed. Usikkerhederne kan dels henføres til måleproblemer/tilfældige udsving i data samt til risikoen for, at den statistiske model er fejlbehæftet og har udeladt en eller flere faktorer, der systematisk har betydning for de kommunale udgiftsniveauer. For at tage højde for denne usikkerhed er de estimerede potentialer dels opgjort på baggrund af data for gennemsnittet af de tre seneste år i analysen (2009-2011), ligesom en lang række af alternative variable er testet for eventuel forklaringskraft.

Datagrundlaget har, som det er fremgået, ikke givet mulighed for at afdække i hvilket omfang den uforklarede variation i de kommunale udgiftsniveauer skyldes forskelle i kommunernes serviceniveau (kapacitetsniveau) eller forskelle i kommunernes effektivitet (kapacitetsudnyttelse). Det er derfor ikke muligt at skønne over, i hvilket omfang den ovenstående beregning skal fortolkes som et effektiviseringspotentiale eller et potentiale for serviceharmonisering.

I nedenstående afsnit gives et par konkrete eksempler på, hvordan kommuner har realiseret et potentiale ved en omlægning af deres indsats.

#### Boks 4-7: Erfaringer fra en samfundsøkonomisk analyse af området for udsatte børn og unge

Rambøll gennemførte i 2012 en samfundsøkonomisk analyse af området for udsatte børn og unge for Social- og Integrationsministeriet. I rapporten blev de samlede omkostninger og gevinster ved forskellige evidensbaserede metoder vurderet. Analysen viste bl.a. at der var betydelige besparelser ved at investere i tidlig evidensbaseret forebyggelse – bl.a. efter metoden "De Utrolige År" der henvender sig til børn i alderen 0-12 år og deres forældre, hvor børnene udviser (tidlige tegn på) adfærdsvanskeligheder i hjemmet, daginstitutionen eller i skolen. "De Utrolige År" har også dokumenterede effekter i forhold til psykiske vanskeligheder.

Analysen peger på, at der vil være et samlet samfundsøkonomisk potentiale på 1,6 mia. kr. ved at investere omkring 300 mio. kr. i en udrolning af den evidensbaserede metode "De Utrolige År" til den relevante målgruppe i samtlige kommuner. Det samlede potentiale fordeler sig dog på en række forskellige faktorer, hvilket illustreres i nedenstående tabel:

National udrolning af De Utrolige År	Forudsætninger
Antal deltagere på landsplan	10.000
Samlet investering i mio. kr.	300 mio. kr.
<i>Nettogevinst i mio. kr.</i>	
Kommune	524 mio. kr.
Stat	549 mio. kr.
Deltagere	503 mio. kr.
<b>Samlet</b>	<b>1,6 mia. kr.</b>

Analysen peger endvidere på, at kommunens investering på 300 mio. kr. i øget forebyggelse i de helt tidlige år ikke tjenes direkte hjem på foranstaltningebudgettet til udsatte børn og unge. Men ser man på kommunens økonomi samlet set, vil der være en nettogevinst i nettonutidsværdi på omkring 50.000 kr. pr. barn, der bl.a. dækker over sparede udgifter til sundhed, misbrug og overførsler senere i livet. Programmer som "De Utrolige År" har således et andet – og mere langsigtet – forebyggelsesperspektiv end de forebyggende foranstaltninger, der er omtalt i forrige afsnit. Disse forebyggende foranstaltninger vil i højere grad direkte kunne substituere for eksempelvis anbringelser, hvorfor det økonomiske potentiale i omlægningen hurtigere bliver indfriet end, hvad der er tilfældet gennem "De Utrolige År".

#### Boks 4-8: Positive erfaringer med brug af psykologhjælp til børn og unge med begyndende eller lettere psykiske vanskeligheder i kommunerne

I forbindelse med satspuljeforhandlingerne for 2007 blev der afsat 133 mio. kr. over fire år til at skabe øgede muligheder for at tilbyde psykologbehandling i kommunerne. Der blev givet tilskud til syv kommune-rettede projekter, som bestod af psykologiske behandlingstilbud til børn og unge, der ikke var i behandling inden for børne- og ungdomspsykiatrien, og syv projekter på ungdomsuddannelser, der var forebyggende psykologiske behandlingstilbud på uddannelsesinstitutionerne.

Formålet med projekterne var at finde modeller til at mindske antallet af børn og unge, som henvises til psykiatrien, samt at forebygge frafald fra ungdomsuddannelserne.

Evalueringen af puljen viste, at projekterne havde en klar effekt i forhold til at øge trivslen for de medvirkende børn og unge, at reducere kommunernes medfinansieringsudgifter til den regionale psykiatri og mindske frafaldet på ungdomsuddannelserne.

I alle syv projektkommuner var der sket en lavere stigning i antallet af psykiatriske indlæggelser fra 2007-2009 end landsgennemsnittet. I fem ud af syv projektkommuner var der ligeledes sket en mindre stigning i antallet af indlæggelser i forhold til det regionale gennemsnit, hvilket er illustreret i nedenstående tabel:

#### Udviklingen i antallet af indlæggelse med psykiatrisk diagnose i alderen 0-24 år fra 2007 til 2009

Projektkommune	Udvikling i kommunen	Udvikling på regionalt plan	Udvikling på landsplan
<b>Bornholm</b>	1,7	6,2	4,3
<b>Brøndby</b>	2,9	6,2	4,3
<b>Esbjerg</b>	-4,6	2,1	4,3
<b>Haderslev</b>	2,6	2,1	4,3
<b>Herning</b>	2,5	1,9	4,3
<b>Ålborg</b>	4,1	4,6	4,3
<b>Aarhus</b>	0,9	1,9	4,3

Den gennemførte registeranalyse viste endvidere, at kontrolgruppens (børn og unge med tilsvarende psykiske vanskeligheder, der ikke modtog psykologhjælp i projektet) brug af psykologer og privatpraktiserende psykiatere i 2009 var tre gange højere end for indsatsgruppen (børn og unge der modtog psykologhjælp i projektet). Kontrolgruppen havde således gjort meget mere brug af speciallæger i psykiatri og lægeordineret psykologhjælp end dem, der havde modtaget støtte fra pulje til psykologhjælp.

#### 4.6 Den samlede kapacitet til børn og unge

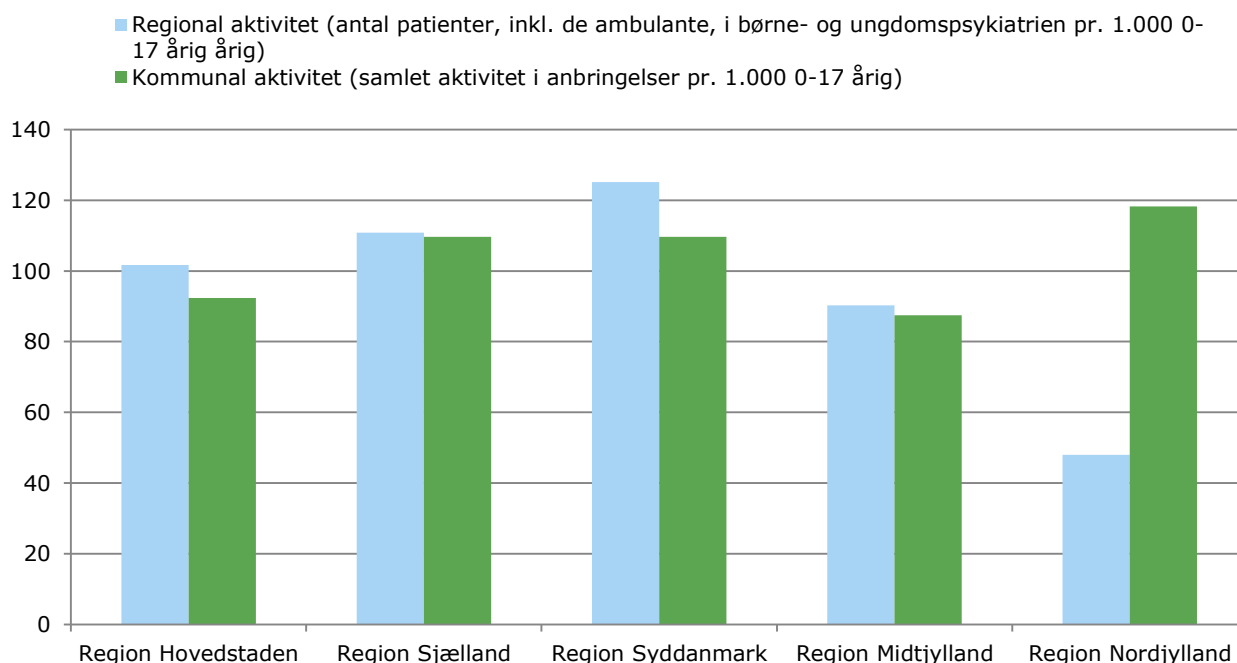
I dette afsnit analyseres den samlede kapacitet på tværs af myndigheder og sektorer – der vedrører børn og unge med psykiske vanskeligheder. En tidligere analyse har analyseret kapaciteten i den regionale psykiatri og i dette afsnit sammenholdes datagrundlaget fra denne analyse med det datagrundlag, der er blevet etableret i denne analyse. I afsnittet beskrives dermed tendenser på tværs af de fem regioner i forhold til aktivitet og pladser på børn- og ungeområdet. Det har ikke været muligt at foretage en samlet analyse i forhold til henholdsvis personale og udgifter, idet vi udelukkende har tal for personale og udgifter til den samlede målgruppe af udsatte børn og unge i alderen 0-17 år og dermed ikke de målgruppespecifikke tal for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

##### *Regional og kommunal aktivitet*

Figuren nedenfor viser aktiviteten (vist som indekstal) i henholdsvis det regionale system (patienter i børne- og ungdomspsykiatrien) samt aktiviteten i det kommunale system (indsatser til børn og unge i alderen 0-17 år, herunder både plejefamilier, døgninstitutioner, opholdssteder og anden anbringelse). I rapporten findes angivelser af, hvor meget de enkelte indsatser fylder i den samlede kommunale kapacitet. Den type data, som Rambøll har til rådighed, tager ikke højde for, hvor meget patienterne "fylder" i børne- og ungdomspsykiatrien i de fem regioner. Eksempelvis er der ikke i den regionale aktivitet taget højde for den gennemsnitlige indlæggelsestid i børne- og ungdomspsykiatrien.

Vi har derfor anvendt følgende indikatorer på aktivitetsniveau. For den regionale aktivitet har vi set på antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien pr. 1.000 0-17-årige, og for de kommunale aktivitet har vi anvendt aktivitetstallene for anbringelser af børn- og unge pr. 1.000 0-17-årige. I aktivitetstallene for den kommunale indsats indgår kun anbringelser, da det kun er her målgruppen af børn og unge med psykiske vanskeligheder kan udskilles fra de samlede aktivitetstal. Dette betyder dog også, at figuren underestimerer den samlede kommunale aktivitet, da den forebyggende aktivitet udgør en større andel af den samlede kommunale aktivitet

**Figur 4-24: Samlet regional aktivitet (antal patienter i børne- og ungdomspsykiatrien pr. 1.000 0-17 årig) og kommunal aktivitet (samlet aktivitet på anbringelser af udsatte børn og unge pr. 1.000 0-17 årig)**



Kilde: Tallene for antal disponible senge i børne- og ungdomspsykiatrien er hentet fra Deloitte's analyse af kapaciteten i psykiatrien. De er omregnet til pr. 1.000 0-17 årige, således de er sammenlignelige med tallene i denne rapport.  
Note: Indeks 100 angiver gennemsnittet på landsplan for både regional og kommunal aktivitet

Indikatorerne på aktivitetsniveauet i henholdsvis region og kommune tegner et billede af variationen mellem de fem regioner. Der synes dog ikke at være en entydig sammenhæng mellem lav aktivitet i den kommunale indsats og høj aktivitet i den regionale. Dog fremgår det af figuren ovenfor, at Region Nordjylland skiller sig ud ved dels at have den laveste regionale aktivitet målt på antal patienter (om end øvrige analyser viser, at den gennemsnitlige indlæggelse er af længere varighed end landsgennemsnittet), og dels ved at have den højeste samlede aktivitet på anbringelser, hvoraf anbringelser i plejefamilier tegner sig for den største andel.

Figuren viser også, at Region Sjælland har den næsthøjeste aktivitet i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Ligeledes ligger kommunerne i Region Sjælland på et relativt højt samlet aktivitetsniveau i forhold til anbringelser af udsatte børn og unge i alderen 0-17 år, hvoraf anbringelser i plejefamilier tegner sig for mere end halvdelen af det samlede tal.

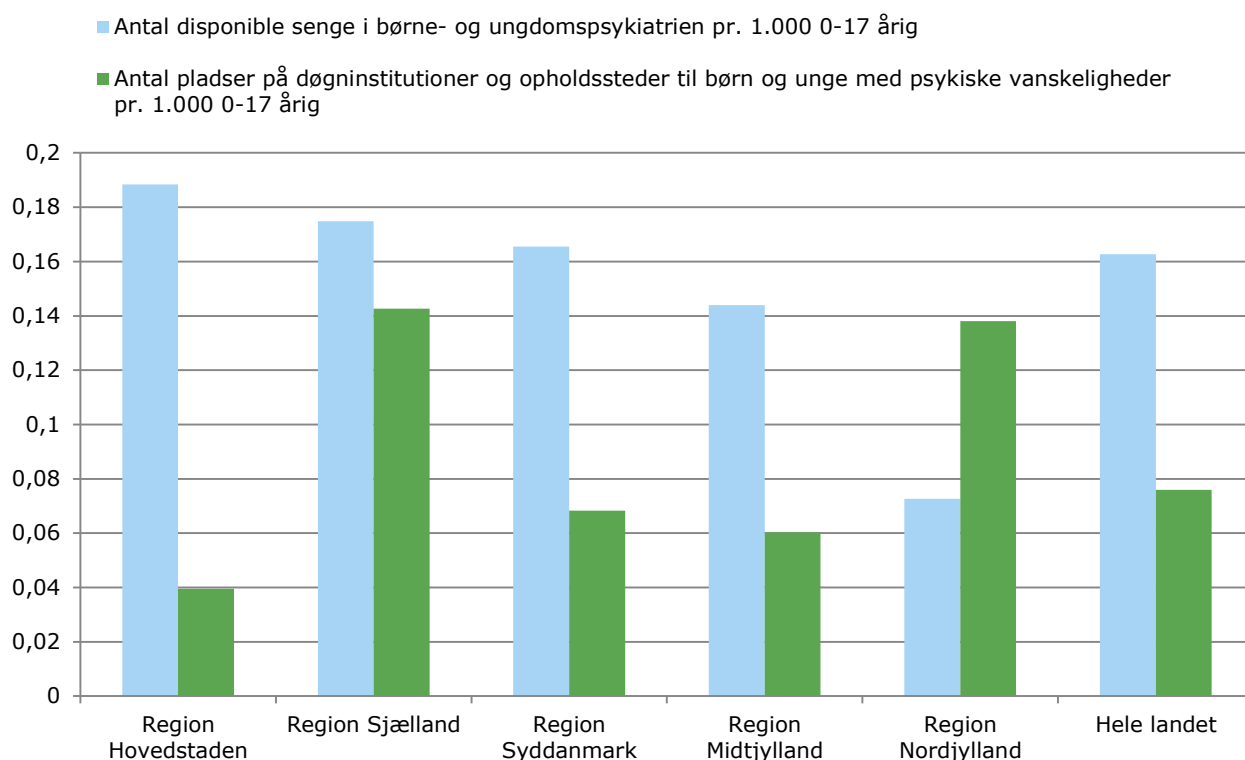
Derudover fremgår det af figuren, at Region Syddanmark har det højeste aktivitetsniveau i den regionale psykiatri, og regionen har med 2,7 pct. den største andel af børne- og ungdomspopulationen i behandling i den regionale psykiatri (Deloitte, 2012). I analysen af kapaciteten i psykiatrien står der, at regionerne forklarer, at årsagen til det høje aktivitetsniveau er, at kommunerne ikke selv har relevante tilbud.

Af analysen af kapaciteten i den regionale psykiatri fremgår det, at antallet af patienter har været stigende i alle regioner med en gennemsnitlig vækst på 165 pct. fra 2001 til 2011, hvilket dog dækker over store variationer på tværs af regionerne (fra 127 pct. stigning i Region Midtjylland til 251 pct. stigning i Region Sjælland, jf. Deloitte, 2012). Region Nordjylland skiller sig dog væsentligt ud ved at have den klart laveste patientfrekvens i den regionale psykiatri (Deloitte, 2012).

#### *Regional og kommunal kapacitet (pladser)*

Nedenstående figur viser den samlede kapacitet, som både regionerne og kommunerne havde til rådighed i 2011. For regionen er opgjort antal disponible senge i børne- og ungdomspsykiatrien pr. 1.000 0-17-årige, mens der for kommunerne er opgjort antal pladser, både i døgninstitutioner og på opholdssteder, pr. 1.000 0-17-årige.

**Figur 4-25: Samlede antal disponible senge i børne- og ungdomspsykiatrien og samlede antal pladser på døgninstitutioner og opholdssteder til børn og unge med psykiske vanskeligheder pr. 1.000 0-17 årig**



Kilde: Tallene for antal disponible senge i børne- og ungdomspsykiatrien er hentet fra Deloitte's analyse af kapaciteten i psykiatrien. De er omregnet til pr. 1.000 0-17 årige, således de er sammenlignelige med tallene i denne rapport.

Figuren viser en stor variation i antallet af disponible pladser i den stationære regionale psykiatri på tværs af de fem regioner. Region Nordjylland skiller sig ud med markant færre sengepladser til målgruppen af 0-17-årige, men har omvendt inden for det kommunale ansvarsområde et stort antal pladser på døgninstitutioner og opholdssteder. Sammenhængen må dog i høj grad også forventes at skulle tilskrives det forhold, at kommunerne i Region Nordjylland – lige som kommunerne i Region Sjælland – er handlekommune for et stort antal børn og unge, der normalt er bosiddende i kommuner uden for regionen. Da anbringelsestallene ikke opgøres på myndighedskommuneniveau, vil det ikke kunne lade sig gøre at adskille denne forklaring fra forklaringen om, at de kommunale døgntilbud substituerer for de regionale sengeafsnit i børne- og ungdomspsykiatrien.

Figuren viser også, at Region Hovedstaden har det højeste antal disponible sengepladser i børne- og ungdomspsykiatrien pr. 1000 0-17-årige i Danmark. Til gengæld har kommunerne i Region Hovedstaden det laveste antal pladser på døgninstitutioner og opholdssteder til børn og unge med psykiske vanskeligheder, hvilket dog også kan tilskrives ovennævnte forklaring om, at kommunerne i regionen benytter sig af tilbud i kommunerne i fx Region Sjælland. Region Sjælland har relativt mange pladser i både regionalt og kommunalt regi.

## 5. VOKSNE MED PSYKISKE VANSKELIGHEDER

I dette kapitel kortlægges kapaciteten i den kommunale indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder, hvorefter der gives en vurdering af udfordringer og potentialer for en optimering af denne kapacitet. Indledningsvist beskrives dog målgruppe og tilbud for de enkelte indsatsstyper, der indgår i analysen.

I boksen nedenfor gives et overblik over de forskellige tilbud, der udgør den samlede tilbudsvifte for kommunernes indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder, hvorudfra kapaciteten skal vurderes. De fleste af tilbuddene anvendes af en bredere målgruppe, end den der er afgrænset for denne opgave, fx personer med handicap, misbrug mv.

### Boks 5-1: Tilbudstyper i den kommunale indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder<sup>35</sup>

I den kommunale tilbudsvifte til indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder er der fire overordnede tilbudstyper, der beskrives nedenfor. Hver tilbudstype rummer en række handlemuligheder, som kommunerne kan anvende i indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder:

- Forebyggende tilbud angående mental sundhed
  - Psykoedukation
  - Rådgivning og oplysning
  - Netværksaktiviteter
- Opsøgende indsats
  - Støtte- og kontaktpersoner
- Tilbud til borgere i eget hjem
  - Personlig pleje og praktisk hjælp (hjemmepleje)
  - Individuel bostøtte
  - Gruppebaseret bostøtte
  - Efterværn efter udflytning fra § 110- boform
  - Social vicevært el. lign. i "skæve boliger" eller opgangsfællesskaber
  - Beskyttet beskæftigelse
  - Aktivitets- og samværstilbud
  - Hjemmesygeplejen (jf. § 138 i sundhedsloven)
- Døgndækkede botilbud
  - Midlertidige ophold på botilbud
  - Længerevarende ophold på botilbud
  - Ophold på botilbudslignende boform.

Indsatser over for voksne med psykiske vanskeligheder er primært reguleret under serviceloven og benævnes i den kommunale praksis typisk som socialpsykiatrien. Kommunerne skal, ifølge servicelovens § 81, tilbyde en særlig indsats til voksne med nedsat psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer. Målet med den sociale indsats til mennesker med psykiske vanskeligheder er at yde støtte til at mestre et liv på egne præmisser. Målgruppen for socialpsykiatrien dækker både over voksne med psykiske vanskeligheder, der bor i eget hjem, og voksne med psykiske vanskeligheder, som enten midlertidigt eller med længerevarende sigte opholder sig i et botilbud (efter servicelovens §§ 107 og 108) eller i botilbudslignende bofællesskaber eller almene lejeboliger dannet efter Almenboligloven (§ 105). Det er således en meget inhomogen målgruppe med stor variation i funktionsevne og behov.

<sup>35</sup> De fire overordnede tilbudstyper, der er nævnt, har alle lov hjemmel i serviceloven. Dertil kommer bl.a. tilbud, der er beskrevet i anden lovgivning herunder omsorgs og specialtandpleje til borgere med "vidtgående psykisk handicap" (i sundhedsloven §§ 131 og 133) og særlige støttetilbud til personer med "nedsat psykisk funktionsevne" (i kapitel 14 af Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats), som ikke indgår direkte i denne kapacitetsanalyse.



Målgruppen for analysen rummer dog også modtagere af kommunale indsatser for fremme af den mentale sundhed på voksen-/socialområdet. Det er indsatser efter kommunernes forebyggelsesforpligtelse i Sundhedsloven, og som ligger inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke på området for mental sundhed. Denne dækker over en række sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, herunder psykoedukation, rådgivning, oplysning, netværksaktiviteter el.lign..

Efter servicelovens § 85 skal personer med nedsat psykisk funktionsevne tilbydes hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder. Bostøtte er en visiteret ydelse, hvor den enkelte borger visiteres til alt fra enkelte timer hver 14. dag til 10-15 timer ugentligt. Formen for bostøtte kan variere betydeligt og kan bl.a. også dække over sociale viceværter ved skæve boliger og efterforsorg i forbindelse med udflytning fra en § 110- boform. Formålet med den opfølgende bostøtte er at styrke borgernes evner til at opretholde en selvstændig bolig og sikre tilknytning til sociale og sundhedsmæssige tilbud. Flere steder gives bostøtten også som deciderede gruppeforløb, hvor borgere kan arbejde med temaer som opbygning af mestringsevne eller sociale netværk. I SFI's kortlægning (2012) af kommunernes bostøtteindsats konkluderes, at der er stor forskel på den kommunale praksis og udmøntning af § 85-støtten<sup>36</sup>. Kortlægningen viser, at der er nogle kommuner, som overvejende er udviklingsorienterede i deres tilgang, hvilket bl.a. kommer til udtryk i, at de standardiserer metoder og procedurer for visitation og overgang til bostøtte, lægger vægt på evidensbaserede metoder og viser interesse for at måle på virkning af bostøtteindsatsen, mens andre kommuner har mindre fokus på ovenstående og derfor i højere grad kan karakteriseres som omsorgsorienterede (SFI, 2012: 9-10).

Efter servicelovens § 83 skal mennesker med nedsat funktionsevne tilbydes personlig og praktisk hjælp. Typisk dækker § 83 over hjemmehjælp på området for pleje og omsorg, som kan gives til målgruppen af personer med psykiske vanskeligheder som supplement og i nogle tilfælde uden relation til øvrige socialpsykiatriske tilbud. Hjemmesygepleje (efter sundhedslovens § 138) kan også spille en rolle i forhold til målgruppen, og en kvalitativ afdækning af udviklingen i hjemmesygeplejen viste i 2009, at det psykiatriske område (særligt når det er kombineret med misbrug) fylder mere og mere. Sygeplejerskerne oplever i højere grad, at denne nye målgruppe ligger uden for deres generelle kompetenceområder, og de savner overblik over tilbud og relevante samarbejdsparter i indsatsen. Hjemmepleje og hjemmesygepleje indgår dog ikke direkte i denne kapacitetsanalyse<sup>37</sup>.

Inden for samme målgruppe, som modtager bostøtte, kan der også være borgere, der anvender tilbud om beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud (efter servicelovens §§ 103 og 104), men her vil typisk også være mange, som ikke bor i eget hjem. Mange steder er tilbud om beskyttet beskæftigelse samt aktivitets- og samværstilbud organiseret som et sammenhængende tilbud. Fx viser en kortlægning fra 2009 foretaget af SFI, at 46 pct. af alle § 103-tilbud også udbyder tilbud om aktivitet og samvær (efter servicelovens § 104), og i mange tilfælde er de to tilbudstyper ikke fysisk adskilt. Beskyttet beskæftigelse ligger i en gråzone mellem beskæftigelse og det sociale system, men har ifølge en SFI-kortlægning (2009) nærmet sig beskæftigelsesområdet de seneste år, fordi en del af værkstederne har gjort en stor indsats for at få deres borgere ud på rigtige arbejdspladser<sup>38</sup>. Tilbuddene giver bl.a. borgere med psykiske vanskeligheder mulighed for at deltage i sociale aktiviteter, hvor der er mulighed for at udfolde sig sammen med andre og deltage i sociale fællesskaber, hvilket rummer et udviklingsperspektiv for den enkelte. Det vurderes, at næsten en femtedel af borgerne i beskyttet beskæftigelse er mennesker med sindslidelser. Denne andel er steget betydeligt de seneste år, hvor en opgørelse for de seneste ti år viser, at andelen er fordoblet (SFI, 2009: s. 72). Servicelovens §§ 103- og 104-tilbud kan både være visiterede og åbne uden visitation, og SFI-kortlægningen fra 2009 viser, at der i de færreste kommuner er ventetid i forbindelse med at få plads på beskyttet værksted.

---

<sup>36</sup> Bengtsson & Røgeskov, SFI (2012). *Et liv i egen bolig – analyse af bostøtte til borgere med sindslidelser*

<sup>37</sup> Vinge & Kilsmark, DSI (2009). *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling*.

<sup>38</sup> Bengtsson & Mateu, SFI (2009). *Beskyttet beskæftigelse – en kortlægning*.

Blandt tilbuddene til voksne borgere er den opsøgende, kontaktskabende indsats, som gives af støtte- og kontaktpersoner (SKP'er) efter servicelovens § 99. Det er en uvisiteret, opsøgende og kontaktskabende indsats, som typisk gives til nogle af de mest udsatte voksne, som fx hjemløse, dobbeltbelastede borgere eller andre, der ikke selv har ressourcerne til at opsøge og modtage anden støtte. Forløbene under SKP-ordningen er i sagens natur af varierende intensitet og varighed. Oftest vil SKP-støtten være indgangen til socialpsykiatriske tilbud, hvis borgeren kan motiveres for dette.

Den kommunale indsats til voksne med psykiske vanskeligheder dækker også over borgere, som enten midlertidigt eller med længerevarende sigte opholder sig i et botilbud (efter hhv. servicelovens § 107 og § 108) eller i botilbudslignende bofællesskaber eller plejeboliger og almene lejeboliger dannet efter almenboligloven (§ 105). Det er borgere, som ellers ikke ville kunne have fået dækket behovene for hjælp til almindelige funktioner, pleje, omsorg eller behandling på anden vis. Borgere i § 107- og § 108-tilbud vil typisk kræve en vis specialisering i forhold til pædagogisk indsats, medicinering mv.

En afdækning af området, foretaget af KREVI, viser, at det drejer sig om ca. 1.500 borgere med psykiske vanskeligheder, som bor i botilbudslignende boformer organiseret som fx bofællesskaber (hvor de modtager støtte efter servicelovens § 85)<sup>39</sup>, hvilket udgør ca. 20 pct. af det samlede antal døgnpladser for målgruppen. I kapacitetsanalysens afgrænsning af gruppen af borgere, der bor i botilbudslignende boformer, anvendes KREVI's definition, der indebærer, at beboerne i de pågældende tilbud skal have et behov, der svarer til et botilbud (defineret som mere end 15 timer ugentlig bostøtte efter servicelovens § 85), samt at boformen skal være "botilbudslignende".

Botilbudsområdet er kendetegnet ved, at kommunerne sælger og køber pladser fra hinanden og fra regioner og private aktører. De fleste botilbud drives dog typisk af kommunerne, hvor de store kommuner – ifølge KREVIS's kortlægning – tegner sig for langt de fleste (og de største) af disse tilbud.

I nedenstående boks præsenteres en opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedrørende indsatsen til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder.

---

<sup>39</sup> KREVI (2012). *Botilbudsområdet – Hvem, Hvad, Hvor. Kortlægning af området for botilbud og støtte til voksne handicappede og sindslidende.*

## Boks 5-2: Opsamling af analysens væsentligste konklusioner vedr. indsatsen til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder

- Dokumentationen af indsatsen til voksne med psykiske vanskeligheder er på flere områder integreret med dokumentationen af kommunernes samlede indsats til udsatte voksne. Mange af kommunernes tilbud henvender sig til en bredere målgruppe og opgørelsen af den præcise kapacitet er derfor forbundet med et skøn.
- Det skønnes, at kommunerne bruger omkring 5,8 mia. kr. til udsatte voksne med psykiske vanskeligheder, hvilket udgør omkring 1/3 af de samlede udgifter til voksenområdet. Hertil kommer kommunernes udgifter på 0,7 mia. kr. til kommunal medfinansiering i den regionale psykiatri på voksenområdet.
- Udgifterne til det samlede område for udsatte voksne (der ikke indeholder forebyggende indsatser for ældre og handicappede – herunder socialpædagogisk § 85-støtte til personer med psykiske vanskeligheder – som konteres på området for pleje og omsorg) er samlet set steget med 3 pct. fra 2007-2011 – udgiftsniveauet faldt dog igen fra 2010-2011. Denne udvikling skal ses i sammenhæng med den omfattende udgiftsvækst, der har været i området fra 2001-2010.
- På området for voksne med psykiske vanskeligheder vurderes der at være sket en stigning i udgifterne på ca. 14 pct., hvilket svarer til ca. 0,7 mia. kr. Dette hænger sammen med en betydelig stigning i udgifterne til socialpædagogisk bistand (efter servicelovens § 85) på ca. 0,7 mia. kr. Udgifterne til botilbud efter §§ 107 og 108 var stort set uændret i samme periode.
- Det skønnes, at kommunerne har ansat omkring 8.900 personaleårsværk på tilbud, der beskæftiger sig med voksne med psykiske vanskeligheder, og antallet af personale er steget med ca. 15 pct. fra 2007-2011. Hovedparten af personalet er pædagoger og pædagogmedhjælpere, og det er også hos disse personalegrupper, at der er sket en stor vækst. Den største procentuelle stigning er dog sket i personalegruppen af psykologier (dog fra et lavt niveau på ca. en promille af det samlede antal årsværk). Mens der er sket en stigning i antallet af socialpædagogisk støtte er der sket et fald i sundhedsfagligt personale på tværs af flere personalekategorier (SOSU-assistenten og -hjælpere samt læger og sygeplejersker).
- Den største aktivitetsstigning på tværs af tilbud målrettet personer med psykiske vanskeligheder er sket i forhold til socialpædagogisk støtte (efter servicelovens § 85), hvor aktiviteten er steget med 93 pct. fra 2007-2011.
- På tværs af alle tilbuddene målrettet personer med sindslidelser er tendensen, at udviklingen i udgifter til området har et lavere niveau end udviklingen i aktivitet, hvilket indikerer at

I de følgende afsnit vises opgørelser af nøgletal for de enkelte tilbudstyper, der er opgjort for 2007-2011. Herefter afsluttes med beskrivelse af udfordringer og potentialer for optimering af kapaciteten inden for de eksisterende rammer i kommunerne.

### 5.1 Økonomi

I dette afsnit ses der nærmere på ressourceforbruget i den kommunale indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder. Herunder ses der nærmere på udgifter til indsatser over for sindslidende i kommunalt regi samt de aktivitetsafhængige udgifter til den kommunale medfinansiering af sundhedsydelse over for målgruppen.

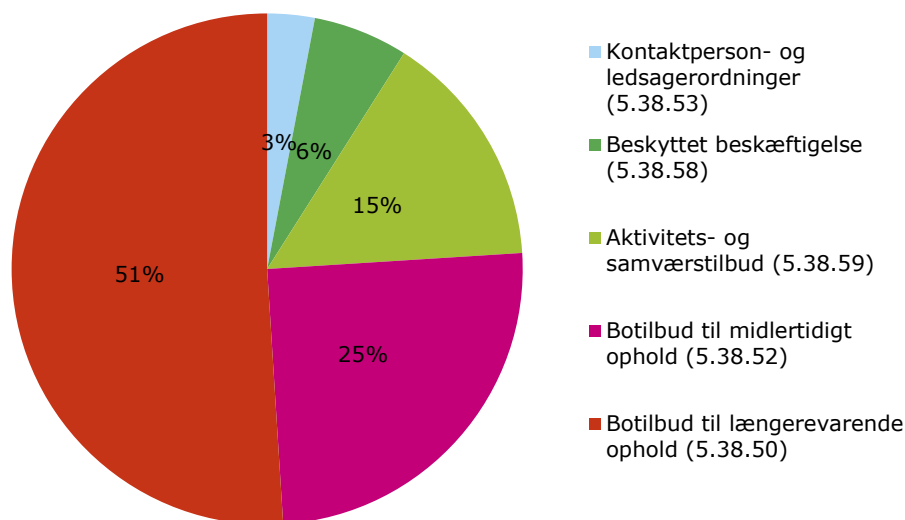
Afsnittet er baseret på tre datakilder:

1. Samlede nettodrifudsudgifter fra de kommunale regnskaber
2. Den kommunale medfinansiering af den regionale psykiatris behandlingsforløb (på ambulante klinikker og sengeafsnit)
3. Tal fra den kvantitative spørgeskemaundersøgelse i kommunerne.

Sidstnævnte datakilde er anvendt til at give en vurdering af, hvilken andel af nettodrifudsudgifterne der relaterer sig til borgere med psykiske vanskeligheder, da nettodrifudsudgifterne i den kommunale konto-plan ikke kan adskilles fra udgifter til borgere med handicap. I den videre analyse belyses derfor både økonomien for hele gruppen af borgere med handicap og psykiske vanskeligheder samt mere specifikt for målgruppen med udgangspunkt i kommunernes skøn og egne beregninger.

Når der ses på indsatsen på hele området – og altså ikke blot for voksne med psykiske vanskeligheder – udgør nettodrifudsudgifterne<sup>40</sup> i kommunerne til botilbud mere end halvdelen af de samlede udgifter. Således blev der i 2011 anvendt samlet 12,0 mia. kr. til botilbud til midlertidigt og længerevarende ophold. Beskyttet beskæftigelse og aktivitetstilbud tegner sig for hhv. 1,0 mia. kr. og 2,3 mia. kr., mens kontaktperson- og ledsageordninger udgør 0,4 mia. kr. Figur 5-1 viser, hvorledes omkostningerne fordeler sig på de konti, som dækker de relevante tilbud. Nettodrifudsudgifterne til forebyggende støtte (herunder § 85-støtte) er opgivet under området for pleje og omsorg, hvor også hjemmepleje er placeret. I de videre analyser adskilles den del af den forebyggende indsats for ældre og handicappede, som vedrører bostøtteindsatsen for personer med psykiske vanskeligheder, men i de nedenstående opgørelser over de samlede udgifter er den placeret under udgifter til området for pleje og omsorg, hvor udgifterne traditionelt konteres.

Figur 5-1: Udgifter til det samlede udsatte voksne og handicapområde i mia. kr., 2011



Hovedkonto	Relevant paragraf	Samlet udgift, 2011	Relativ fordeling
Kontaktperson- og ledsagerordninger (5.38.53)	§ 97 + 99	0,4	3 %
Beskyttet beskæftigelse (5.38.58)	§ 103	1,0	6 %
Aktivitets- og samværstilbud (5.38.59)	§ 104	2,3	15 %
Botilbud til midlertidigt ophold (5.38.52)	§ 107	4,0	25 %
Botilbud til længerevarende ophold (5.38.50)	§ 108	8,0	51 %
<b>I alt</b>		<b>15,7</b>	<b>100 %</b>

<sup>40</sup> Når der i det efterfølgende skrives udgifter menes nettodrifudsudgifter

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.  
 Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager.

**Tabel 5-1: Udgifter til pleje og omsorg i mia. kr., 2011**

Hovedkonto	Relevant paragraf	Samlet udgift 2011	Relativ fordeling
Hjemmesygepleje (5.23.004)	§§ 139, 264, 265*	2,8	6 %
Personlig hjælp, omsorg og pleje m.v. (5.32.32)	§ 83	36,9	82 %
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33)	§ 85	5,3	12 %
<b>I alt</b>		<b>45,0</b>	<b>100 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.  
 Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager.  
 Note:\*Paragrafferne indgår i Sundhedsloven

Som omtalt i afsnit 4.1.1, har der i årene 2001-2010 været en kraftig vækst på socialområdet, hvor udgifterne steg med 23 mia. kr., svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 2¼ pct. (Finansministeriets budgetredegørelse 2010). På området for udsatte voksne er der sket en gennemsnitlig årlig vækst på 0,7 mia. kr. fra 2004-2008<sup>41</sup>.

De nedenstående tabeller illustrerer udgiftsudviklingen fra 2007-2011 på hhv. det samlede område for voksne og handicappede og på området for pleje og omsorg, og her kan det ses, at udgifterne på begge områder for en femårig periode er steget med 3 pct. Denne vækst dækker over en større stigning frem til 2009, hvorefter udviklingen er vendt, så der i 2011 er sket et lille fald. Tallene viser også, at der er sket en ikke ubetydelig omfordeling indenfor de enkelte områder, hvor der er allokeret flere penge til de mindre indgribende indsatser, herunder bostøtte efter servicelovens § 85, mens der kun er sket en begrænset vækst på botilbudsområdet.

**Tabel 5-2: Udvikling 2007-2011 i udgifter til det samlede udsatte voksne og handicapområde, opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)**

Hovedkonto	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>(mia. kr. 2011-PL)</i>						
Kontaktperson- og ledsagerordninger (5.38.53)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	-13 %
Beskyttet beskæftigelse (5.38.58)	1,1	1,0	1,1	1,1	1,0	-4 %
Aktivitets- og samværstilbud (5.38.59)	2,0	2,3	2,3	2,4	2,3	12 %
Botilbud til midlertidigt ophold (5.38.52)	3,7	3,9	4,1	4,2	4,0	10 %
Botilbud til længerevarende ophold (5.38.50)	7,9	8,4	8,6	8,5	8,0	0 %
<b>I alt</b>	<b>15,2</b>	<b>16,1</b>	<b>16,6</b>	<b>16,7</b>	<b>15,7</b>	<b>3 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.  
 Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager. Priser er opgjort i 2011-PL

<sup>41</sup>Finansministeriet (2009): "Det specialiserede socialområde - redskaber til styring og prioritering" (s. 19)

**Tabel 5-3: Udvikling 2007-2011 iudgifter til den samlede pleje og omsorg (herunder servicelovens § 85-støtte), opdelt på hovedkonti, i mia. kr. (2011-PL)**

Hovedkonto	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>(mia. kr. 2011-PL)</i>						
Hjemmesygepleje (5.23.004)	2,8	2,6	2,8	2,8	2,8	2 %
Personlig hjælp, omsorg og pleje m.v. (5.32.32)	38,5	38,1	39	38	36,9	-4 %
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33)	2,6	3,3	4	4,9	5,3	101 %
<b>I alt</b>	<b>43,9</b>	<b>44,0</b>	<b>45,8</b>	<b>45,7</b>	<b>45,0</b>	<b>-3 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter inkl. særligt dyre enkeltsager. Priser er opgjort i 2011-PL

Note: Der er en række andre forhold end §§ 83 og 85 indeholdt i de to konti, fx er hjemmehjælp i plejeboliger også indeholdt konto 5.32.32, ligesom udgifter til § 84 også er konteret under konto 5.32.33.

Tabel 5-4 angiver gennemsnittet af de skøn, som en række kommuner i Rambølls undersøgelse har givet over andelen af udgifterne, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder i 2011. Skønnene er endvidere ledsaget af et konfidensinterval<sup>42</sup>, der viser variationen mellem de kommunale skøn og er en indikator for usikkerheden på det beregnede gennemsnit. Gennemsnittet af kommunernes vurdering er ikke vægtet, da det forstås som et skøn – uafhængigt af øvrige kontekstforhold – baseret på en repræsentativ stikprøve.

Tabellen viser desuden, hvilken konsekvens kommunernes skøn har for udgiftsudviklingen i indsatsen over for mennesker med psykiske vanskeligheder i forhold til udviklingen på det samlede område. Eksempelvis viser tabellen, at udgiftsudviklingen inden for socialpædagogisk bistand, som vedrører mennesker med sindslidelser, er på 81 pct. mod 101 pct. på det samlede område, hvilket er udtryk for, at mennesker med psykiske vanskeligheder udgør en mindre andel af den samlede vækst end fx mennesker med handicap.

Beregningerne, der ligger til grund for tallene i nedenstående tabel – samt i de efterfølgende figurer og tabeller i dette afsnit – er forbundet med visse usikkerhedsmomenter, da kun 26 kommuner har bidraget med et skøn over den andel af de samlede udgifter, som vedrører mennesker med sindslidelser. Kommunernes skøn er dog valideret i forhold til de eksisterende datakilder samt tidligere kortlægninger, der beskriver, hvilken andel mennesker med psykiske vanskeligheder udgør af den samlede gruppe.

På områderne for støtte- og kontaktpersonsordning samt botilbud er der information om andelen af målgruppen af voksne med psykiske vanskeligheder fra de kommunale kontoplanopgørelser. Derudover har SFI lavet et skøn over målgruppens andel på § 103-tilbud i en kortlægning af beskyttet beskæftigelse. Endelig har KREVI (2012) lavet en større kortlægning af botilbudsområdet, hvor der gives et skøn over den andel pladser, som tilhører sindslidende-området baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner. KREVI's kortlægning validerer unøjagtigheder i det tilgængelige datamateriale fra Danmarks Statistik forårsaget af de store omlægninger inden for botilbudsområdet de senere år. Ovenstående datakilder har bidraget til at validere det kommunale udgiftsniveau til indsatsen for voksne med psykiske vanskeligheder, der er beregnet med udgangspunkt i opgørelserne fra den kommunale kontoplan sammenholdt med kommunernes skøn over målgruppens størrelse på de enkelte tilbud.

---

<sup>42</sup> Konfidensintervallerne er t-baserede og er på 95 pct.-niveauet.

**Tabel 5-4: Andel af udgifter der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder i 2011 samt udgiftsudvikling fra 2007-2011 for hhv. det samlede område og for den del, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder**

	Andel af udgifter vedrørende mennesker med psykiske vanskeligheder, 2011	Udvikling i udgifter, 2007-2011	Udvikling i udgifter, 2007-2011, korrigeret for målgruppes andel af udgifter
<b>Socialpædagogisk bistand (§ 85)</b>	29 %	101 %	81 %
Konfidensinterval	21-37 %		
<b>Kontaktperson- og ledsagerordninger (§§ 97 &amp; 99)</b>	25 %	-13 %	-19 %
Konfidensinterval	16-34 %		
<b>Beskyttet beskæftigelse (§ 103)</b>	19 %	-4 %	12 %
Konfidensinterval	12-27 %		
<b>Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)</b>	21 %	12 %	8 %
Konfidensinterval	14-29 %		
<b>Midlertidigt botilbud (§ 107)</b>	32 %	10 %	13 %
Konfidensinterval	25-39 %		
<b>Længerevarende botilbud (§ 108)</b>	27 %	0 %	-7 %
Konfidensinterval	22-33 %		

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger  
 Note: N2011=26, N2010=24, N2009=23, N2008=21, N2007=21

Udviklingen i udgifterne over tid er baseret på skønnet over udviklingen i målgruppens andel af de samlede udgifter for perioden 2007-2011 og med udgangspunkt i niveauet for 2011. Konfidensintervallerne angiver, at der er stor spredning i kommunernes svar, hvorfor de små udsving i andelen størrelse over tid ikke kan findes statistisk signifikant. Det er Rambølls vurdering, at andelen for det seneste år giver det mest præcise skøn for niveauet af udgifterne for det samlede voksenområde.

Beregningerne viser, at der samlet set er sket en markant udgiftsstigning på den **socialpædagogiske bostøtte** til personer med psykiske vanskeligheder (efter servicelovens § 85), som Rambøll vurderer at være ca. 0,7 mia. kr. Denne markante stigning på 81 pct. fra 2007-2011 bringer den samlede udgift på området op på ca. 1,5 mia. kr.

Parallelt med udgiftsstigningen til den socialpædagogiske bistand er det Rambølls vurdering, at der over perioden fra 2007-2011 ikke er nogen udvikling på udgifterne til **botilbud** (efter servicelovens §§ 107 og 108). Dette dækker dog over et mindre fald i udgifterne til længerevarende ophold på botilbud på 7 pct. og en mindre stigning i udgifter til midlertidige ophold på botilbud på 13 pct. Samlet set udgør udgifterne til botilbud dog stadig den største andel af udgifterne til den kommunale indsats overfor mennesker med sindslidelser i 2011, hvor der blev brugt ca. 3,4 mia. kr. på området (svarende til ca. 60 pct. af de samlede udgifter på området).

Rambøll vurderer, at udgifterne til **beskyttet beskæftigelse** er steget med 12 pct. fra 2007-2011, mens **visiterede aktivitets- og samværstilbud** for målgruppen er steget med 8 pct., således at de to områder i 2011 udgør hhv. 0,2 mia. kr. for beskyttet beskæftigelse og 0,5 mia. kr. for visiterede aktivitets- og samværstilbud. Samlet set udgør udgifterne til de to tilbud ca. 12 pct. af de samlede kommunale udgifter til indsatsen over for voksne med psykiske vanskeligheder.

Endelig vurderer Rambøll, at udgiften til **kontaktperson- og ledsagerordningerne** for målgruppen for perioden 2007-2011 er faldet fra ca. 130 mio. kr. til 110 mio. kr.

Rambølls vurdering af udviklingen i kommunernes nettodriftsudgifter til indsatser, der vedrører personer med psykiske vanskeligheder i perioden 2007-2011, er samlet i Tabel 5-5 nedenfor. Samlet set viser



tallene, at der særligt i perioden 2009-2011 er sket et fald i udgiften til døgntilbuddene, hvilket kan forklares med, at det er her, kommunerne har realiseret gevinsten i forbindelse med den igangværende større omlægningsproces, hvor der sker en øget prioritering af den socialpædagogiske bistand på bekostning af døgntilbud.

**Tabel 5-5: Kommunernes nettodriftsudgifter i mia. kr. i 2007-2011 til indsatser, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Socialpædagogisk bistand (§ 85)</b>	0,8	0,9	1,1	1,4	1,5	81%
<b>Kontaktperson- og ledsagerordninger (§§ 97 &amp; 99)</b>	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	-19%
<b>Beskyttet beskæftigelse (§ 103)</b>	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	12%
<b>Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)</b>	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	8%
<b>Midlertidigt botilbud (§ 107)</b>	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	13%
<b>Længerevarende botilbud (§ 108)</b>	2,3	2,3	2,4	2,3	2,1	-7%
<b>I alt</b>	<b>5,0</b>	<b>5,3</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>14%</b>

Kilde: Oplysninger fra Danmarks Statistik, oplysninger fra kommunerne samt egne beregninger

Note: Omkostningerne er opgjort som nettodriftsudgifter

Udover de omkostninger, som afholdes på de konti, der er vist ovenfor, har kommunerne udgifter i form af medfinansiering af den regionale psykiatriske indsats. Hver gang en voksen fra kommunen indlægges eller får ambulante behandling på et psykiatrisk hospital eller modtager ydelser fra psykologer eller psykiatere, betaler kommunen en del af udgiften.

Tabel 5-6 viser de samlede kommunale medfinansieringsudgifter vedrørende voksne (fra og med 20 år) og den tilhørende aktivitet fra 2007 til 2011. Sammenlignet med de udgifter, der i øvrigt afholdes af kommunerne, udgør udgifterne til medfinansiering på i alt 0,7 mia. kr. i 2011 en mindre andel. Den kommunale medfinansiering er steget med ca. 10 pct. i perioden 2007 til 2011. Udviklingen i medfinansiering er stort set ensartet på tværs af indlæggelser, ambulante besøg, og speciallægekonsultationer, om end udgiften til indlæggelser er steget lidt mere end gennemsnittet. Antallet af udskrivinger fra den regionale psykiatri er dog steget noget mere i perioden, hvor der i 2011 var ca. 8.000 flere udskrivinger end i 2007 (svarende til en stigning på 22 pct.).

Udviklingen i retning af flere udskrivinger og kortere indlæggelsesforløb kan være udtryk for flere forskellige ting, afhængigt af hvilken vinkel det anskues fra. Det kan fx være udtryk for, at patienter, der indgår i behandlingsforløb, er mindre behandlingskrævende, at behandlingen i dag opdeles i flere delbehandlinger i den stadig mere specialiserede regionale psykiatri, at den regionale psykiatri har optimeret deres behandlingsforløb og således høster nogle effektiviseringsgevinster, eller at niveauet for, hvornår en patient vurderes udskrivningsparat, har ændret sig.

Fra den kommunale vinkel, som er kommet til udtryk gennem de kvalitative casestudier, kan udviklingen især ses som et udtryk for, at niveauet for, hvornår en patient vurderes færdigbehandlet og udskrivningsparat, har ændret sig. Ud fra den forståelse kan udviklingen ses som udtryk for et målgruppeskred, der sætter den kommunale indsats under pres. Derudover giver man i flere kommuner udtryk for, at regionen ikke har tilstrækkeligt kendskab til de kommunale tilbud, hvilket betyder, at de ikke udskrives dem tidligt nok. Fra den regionale vinkel, beskrevet i kortlægningen af kapaciteten i den regionale psykiatri (Deloitte, 2012), er forklaringen på, at færdigbehandlede patienter – på trods af at antallet af sengedage for færdigbehandlede borgere er faldet med 22 pct. – stadig optager mange sengepladser, at kommunerne ikke har dækkende tilbud, der matcher det funktionsniveau, den regionale psykiatri vurderer, borgeren har. Derudover vurderes det i den regionale psykiatri, at kommunernes tilbud er mangelfulde i forhold til de borgere, som bliver tidligt udskrevet og/eller overgår til ambulante be-

handlingstilbud i den regionale psykiatri. Denne kapacitetsanalyse har ikke givet noget entydigt bud på, hvad der ligger bag ovenstående udvikling.

**Tabel 5-6: Den kommunale medfinansiering og tilhørende aktivitet fordelt på indlæggelser, ambulante besøg og speciallæger for voksne over 20 år, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<i>Medfinansiering (mio. kr., 2011 PL)</i>						
Indlæggelser	226,1	224,5	242,3	248,1	253,1	12 %
Ambulante besøg	357,1	349,4	372,0	378,4	392,6	10 %
Speciallæger	72,8	78,7	83,0	83,7	79,0	9 %
<i>Aktivitet (i 1.000)</i>						
Indlæggelser (udskrivninger)	36,9	37,1	42,0	43,7	45,2	22 %
Ambulante besøg (besøg)	721,7	704,3	748,8	761,5	789,8	9 %
Speciallæger (ydelser)	672,8	754,0	856,3	889,3	820,5	22 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

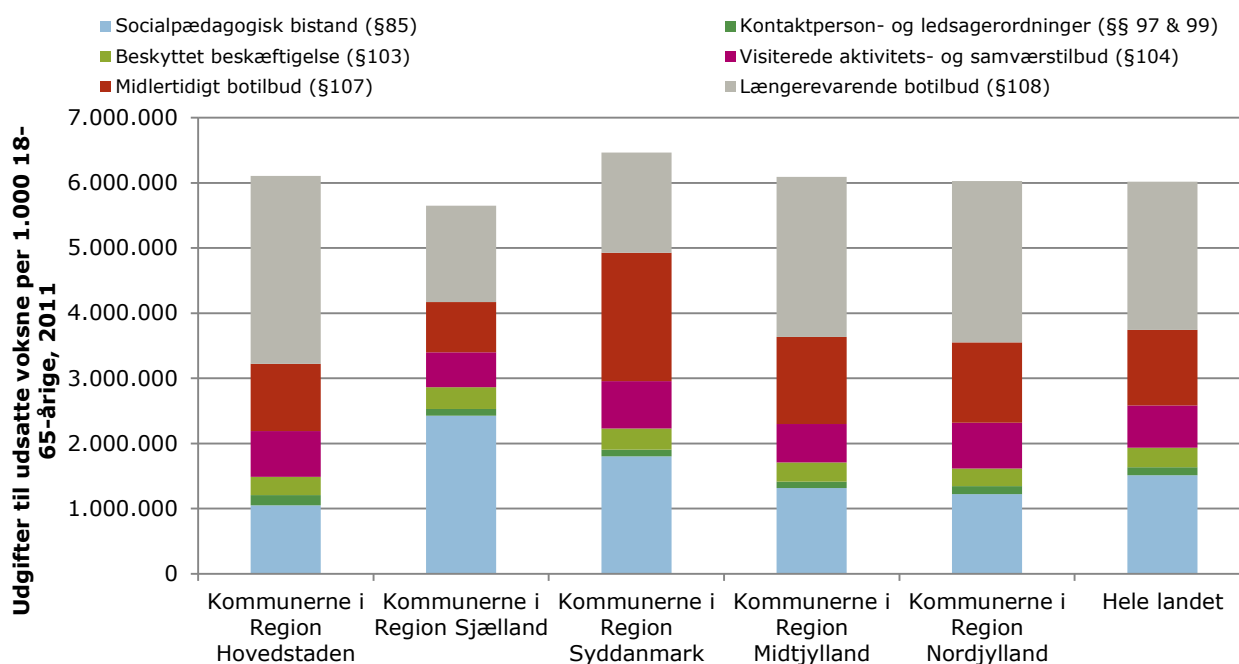
Note: Opgørelsen er lavet for personer mellem 20-120 år, da det ikke var muligt at opdele data ved det 18. år. Under speciallæger er der medtaget psykologer og psykiatere. Medfinansiering til færdigbehandlede patienter fremgår i et senere afsnit i Tabel 5 28.

### Forskelle mellem kommunerne

I dette afsnit ser vi på forskellene mellem kommunerne, og der sættes fokus på, hvordan kommunernes udgifter i hver af de fem regioner fordeler sig. Figur 5-2

Figur 5.1 viser, at der er mindre forskelle i kommunernes samlede udgifter pr. 18-65-årig mellem de fem regioner. Kommunerne i Region Hovedstaden, Midtjylland og Nordjylland ligger stort set på gennemsnittet, mens kommunerne i Region Syddanmark har det højeste udgiftsniveau pr. indbygger, og kommunerne i Region Sjælland det laveste. Forskellen mellem de to sidstnævnte kommuner er dog på mindre end 500 kr. pr. indbygger i 2011 og kan særligt tilskrives vægtningen mellem botilbudspladser og socialpædagogisk bistand, hvor kommunerne i Region Syddanmark i gennemsnit har større udgifter til botilbud pr. indbygger end kommunerne i Region Sjælland. De relativt begrænsede forskelle mellem kommuner på tværs af regionerne med hensyn til samlet udgiftsniveau dækker dog over relativt betydelige forskelle i sammensætningen af disse udgifter. Således er der meget store forskelle med hensyn til forholdet mellem brugen af længerevarende botilbud og midlertidige botilbud, ligesom der er relativt store variationer i brugen af socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85.

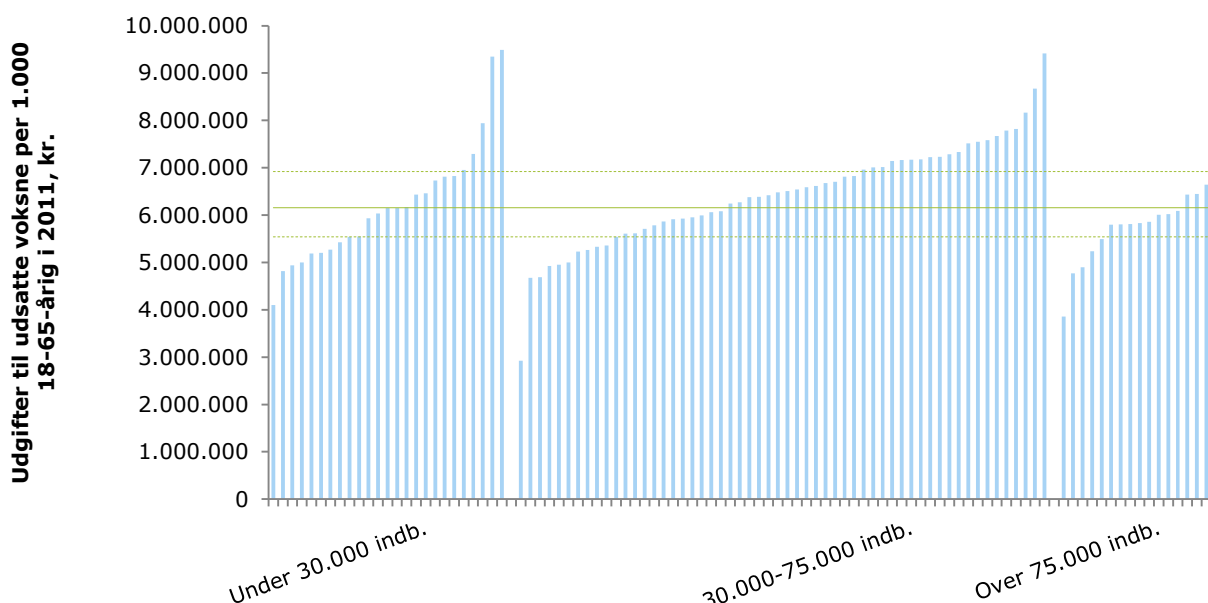
**Figur 5-2: Kommunernes udgifter til det samlede område for udsatte voksne opdelt på regioner og på hovedkonti pr. 1.000 18-65-årige i kr., 2011**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 5-3 opgør forskellene mellem de enkelte kommuner pr. 1.000 18-65 årig i år. Figuren viser et relativt homogent billede, hvor de 25 pct. af kommunerne med lavest udgifter pr. indbygger til udsatte voksne bruger under 5,6 mio. kroner pr. 1.000 18-65 årig, mens de 25 pct. af kommunerne der har de højeste udgifter pr. indbygger, bruger over 6,9 mio. kr. pr. 1.000 18-65 årig. Analysen af kapaciteten i psykiatrien viser, at Regions Hovedstaden har de største driftsudgifter til den regionale psykiatri, mens Region Nordjylland har de mindste driftsudgifter til den regionale psykiatri (Deloitte 2012). De to regioner ligger dog næsten på samme udgiftsniveau i forhold til den kommunale indsats over for udsatte voksne.

**Figur 5-3: Kommunernes samlede udgifter til udsatte voksne og handicapområdet pr. 1.000 18-65-årige i kr., 2011,**

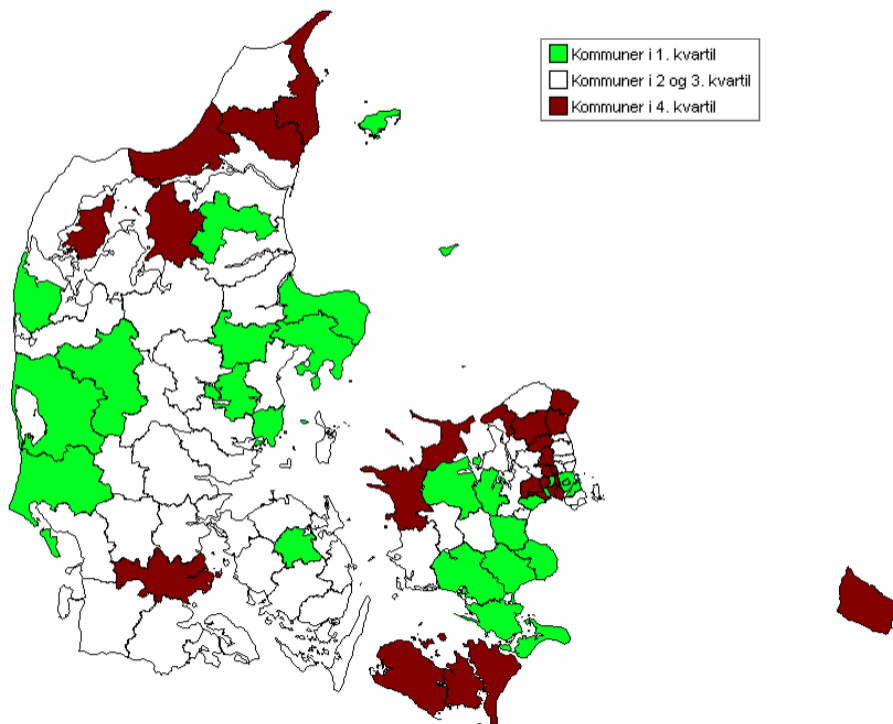


Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: Den solide grønne linje angiver medianen. De stiplede linjer angiver henholdsvis 1. og 3. kvartil.

Kortet nedenfor viser, hvordan de kommuner, der har hhv. de 25 pct. højeste og laveste udgifter i figuren ovenfor er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil og dermed har de laveste udgifter. Der ses en antydning af et mønster, i og med at kommunerne med høje udgifter er placeret i yderområder (især kommunerne i Region Nordjylland og Sjælland - samt i kommunerne i Region Hovedstaden). Kommunerne med lave udgifter ligger for en stor dels vedkommende i Region Midtjylland.

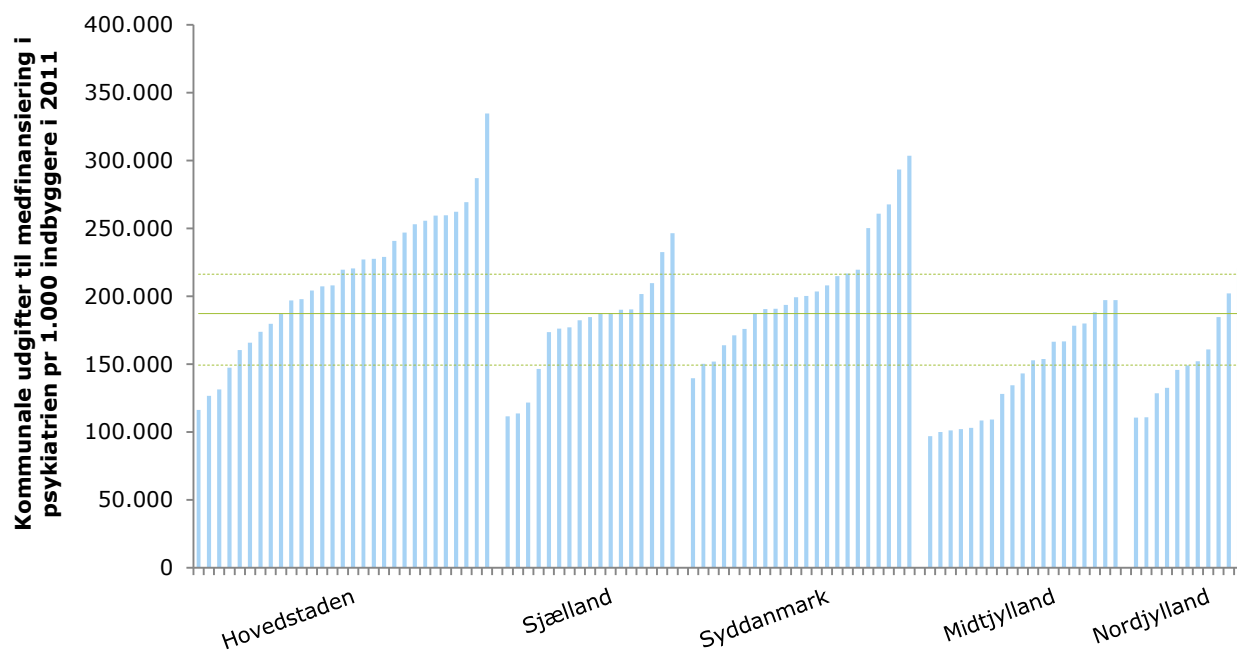
**Figur 5-4: Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave udgifter til det samlede udsatte voksne og handicappede, 2011**



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

I figuren nedenfor ses der på kommunernes medfinansieringsudgifter til voksne over 20 år, pr. 1.000 20-65 årige. Der synes ikke at være nogen systematiske forskelle i mønsteret for fordelingen af kommuner på tværs af de fem regioner.

Figur 5-5: Kommunernes medfinansieringsudgifter til den regionale psykiatri pr. 1.000 20-65-årige i kr., 2011



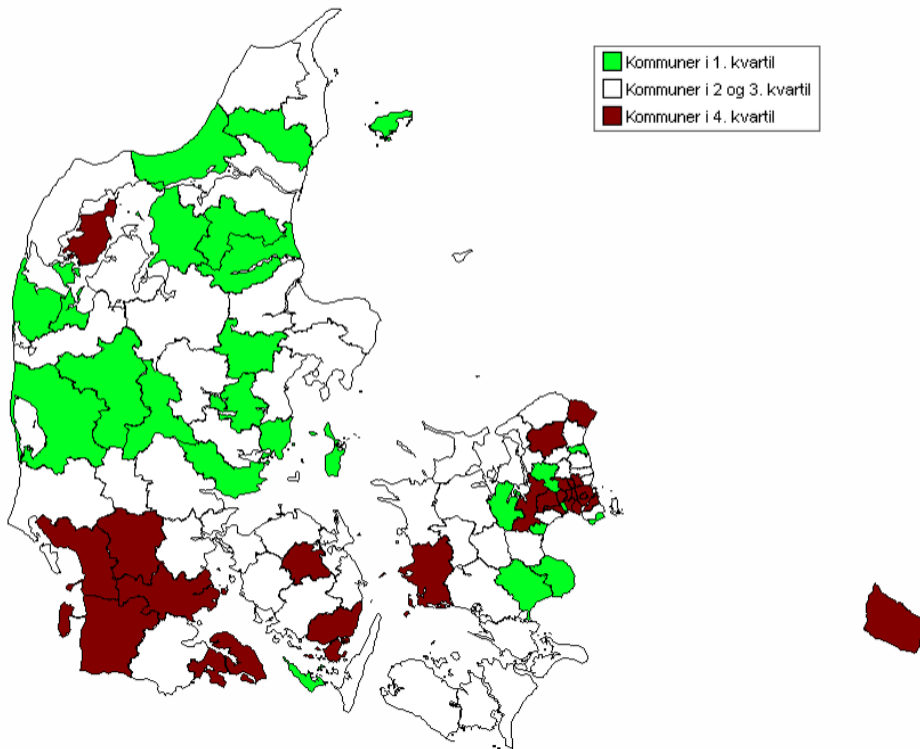
Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Note: Den solide grønne linje angiver medianen. De stiplede linjer angiver henholdsvis 1. og 3. kvartil. Eksisterende data muliggør ikke en opgørelse af 18-65 år.

Figuren ovenfor viser, at de 25 pct. af kommunerne med lavest udgifter pr. 20-65 årige til medfinansiering bruger under 150.000 kroner pr. 1.000 20-65 årige, mens de 25 pct. af kommunerne der har de højeste udgifter pr. 1.000 20-65 årige, bruger over 215.000 kr. pr. 1.000 20-65 årige.

Kortet nedenfor viser, hvordan de kommuner, der har hhv. de 25 pct. højeste og laveste medfinansieringsudgifter i figuren er placeret. De røde kommuner er de kommuner, der ligger i 4. kvartil og dermed har de højeste udgifter, mens de grønne er de kommuner, der ligger i 1. kvartil og dermed har de laveste udgifter. Det ses, at der er et klart mønster, i og med at kommunerne med høje udgifter er placeret især i Region Syddanmark og Hovedstaden. Kommunerne med lave udgifter ligger for en stor dels vedkommende i Region Midtjylland og Nordjylland.

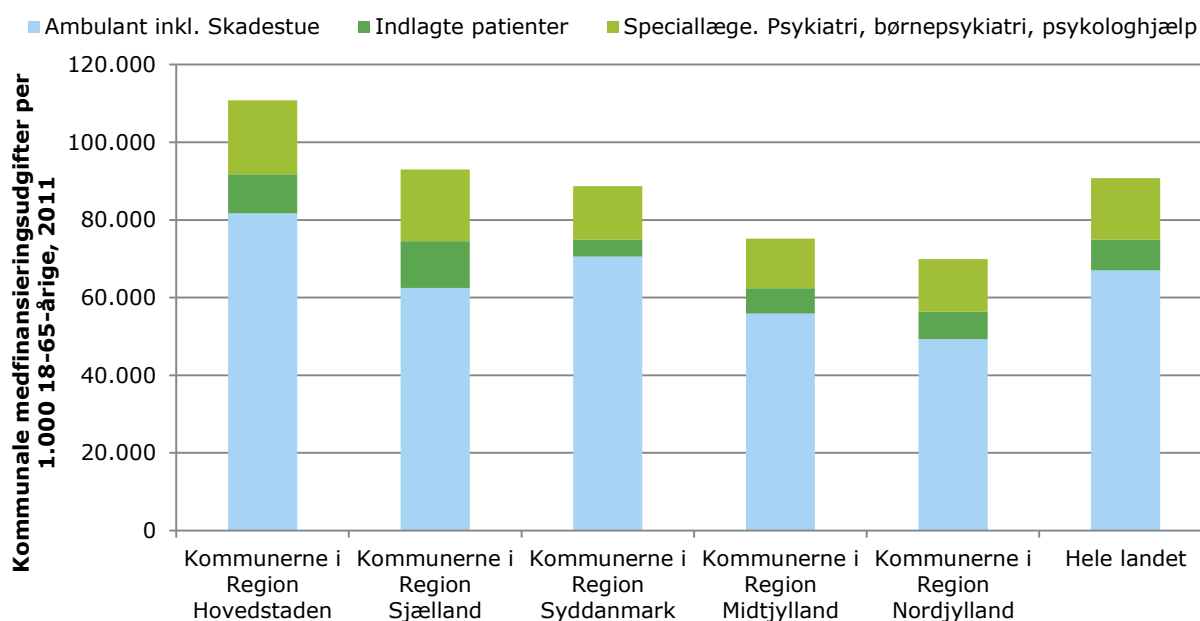
**Figur 5-6: Geografisk fordeling af kommuner med høje og lave medfinansieringsudgifter til den regionale psykiatri**



Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger.

Figuren nedenfor viser sammensætningen af kommunernes medfinansieringsudgifter på regionalt niveau.

Figur 5-7: Kommunernes udgifter til medfinansiering af voksne over 20 år, pr. 1.000 20-65 årige i kr., 2011



Kilde: Statens Serum Institut og egne beregninger.

Figuren illustrer, at der er betydelige forskellige mellem udgiftsniveauet i kommuner på tværs regioner. Derudover viser den, at sammensætningen mellem udgifter til ambulant behandling i forhold til indlæggelser relativt set er den samme på tværs af regioner.

## 5.2 Personale

Kommunernes kapacitet på personaleområdet består af de medarbejdere, der er ansat til forebyggende og opsøgende indsatser, personale i dagtilbud samt personale, der er ansat på botilbud. Tallene for den kommunale kapacitet på personaleområdet kommer fra Det Fælleskommunale Løndatakontor (FLD). FLD dækker kun personale på de kommunale tilbud, og det må derfor forventes, at tallene for den samlede indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder er undervurderede, da de ikke dækker personale ansat i private tilbud.

Som et grundvilkår for analysen vil mange af kommunens tilbud være i berøring med andre målgrupper end voksne med psykiske vanskeligheder. Desværre kan det ikke lade sig gøre entydigt at opdele de præcise medarbejdergrupper, der udelukkende arbejder med voksne med psykiske vanskeligheder.

Tabel 5-7 viser, at i alt 32.656 årsværk i 2011 var beskæftiget i den kommunale indsats på det samlede område for udsatte voksne. Omkring hver fjerde var ansat til at gennemføre forebyggende eller opsøgende indsatser, mens omkring 17 pct. var ansat i dagtilbud i forbindelse med beskyttet beskæftigelse eller aktivitets- og samværstilbud. De resterende 58 pct. arbejder i botilbud. Med udgangspunkt i kommunernes vurdering af andele af indsatsen, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder, er det Rambølls vurdering, at ca. 8.900 årsværk var beskæftiget med målgruppen i 2011.

**Tabel 5-7: Personale (årsværk) på det samlede udsatte voksne og handicapområde, opdelt på hovedkonti, 2011 (ikke målgruppeopdelt)**

	Antal årsværk	Fordeling
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33)	7.320	22 %
Kontaktperson- og ledsagerordninger (5.38.53)	881	3 %
Beskyttet beskæftigelse (5.38.58)	1679	5 %
Aktivitets- og samværstilbud (5.38.59)	3.743	11 %
Botilbud til midlertidigt ophold (5.38.52)	5.417	17 %
Botilbud til længerevarende ophold (5.38.50)	13.615	42 %
<b>I alt</b>	<b>32.656</b>	<b>100 %</b>

Kilde: FLD-data

Samlet set er der sket en stigning i antallet af årsværk fra 2007 til 2011 på ca. 15 pct., hvilket illustreres i Tabel 5-8. Den største stigning ses hos medarbejdere involveret i den forebyggende indsats, hvor stigningen i antal årsværk er på 32 pct. I aktivitets- og samværstilbud er der kommet 25 pct. flere årsværk i perioden, mens væksten i antallet af årsværk for botilbudsmedarbejdere ligger på 8 pct. Denne udvikling kan ses i sammenhæng med udgiftsniveauet på de enkelte tilbud, hvor der er sket en markant stigning i udgiften til de forebyggende indsatser som følge af kommunernes stigende recovery-fokus med prioritering af mindre indgribende indsatser.

Det er Rambølls vurdering, at antallet af årsværk beskæftiget med målgruppen af voksne med psykiske vanskeligheder for perioden 2007-2011 er steget fra et niveau på ca. 7.700 til ca. 8.900 årsværk.

**Tabel 5-8: Udvikling i antal årsværk på det samlede område for udsatte voksne, opdelt på hovedkonti, 2007-2011.**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
Forebyggende indsats for ældre og handicappede (5.32.33)	5.276	6.403	5.945	6.711	7.320	39 %
Kontaktperson- og ledsagerordninger (5.38.53)	917	908	949	913	881	-4 %
Beskyttet beskæftigelse (5.38.58)	1.658	1.678	1.755	1.834	1.679	1 %
Aktivitets- og samværstilbud (5.38.59)	2.991	3.332	3.724	3.870	3.743	25 %
Botilbud til midlertidigt ophold (5.38.52)	4.744	4.973	5.547	5.821	5.417	14 %
Botilbud til længerevarende ophold (5.38.50)	12.869	13.393	13.979	14.262	13.615	6 %
<b>I alt</b>	<b>28.454</b>	<b>30.686</b>	<b>31.899</b>	<b>33.411</b>	<b>32.656</b>	<b>15 %</b>

Kilde: FLD-data

Tabellen viser fordelingen af årsværk på forskellige medarbejdergrupper. Pædagoger og pædagogmedhjælpere udgør de største personalegrupper med andele af årsværk på hhv. 39 og 19 pct. Det pædagogiske personale er overrepræsenteret på botilbuddene samt aktivitets- og samværstilbuddene, mens antallet af fysio- og ergoterapeuter, som udgør den tredjestørste medarbejdergruppe, er overrepræsenterede i den forebyggende indsats (formentlig på området for pleje og omsorg eller handicapområdet). Andelen af årsværk til administrativt personale og ledelse ligger i gennemsnit på ca. 8 pct. af den samlede bemanning i tilbuddene. Denne andel er dog højere i forbindelse med beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud, hvor hhv. 13 og 10 pct. af den samlede personalegruppe er inden for den kategori. Psykologfagligheden på tværs af tilbuddene er svagt repræsenteret, da kun ca. 1 promille af samtlige årsværk er inden for den kategori. Det skal dog nævnes, at den relativt lave andel af psykologer, der arbejder indenfor området, også kan dække over organisatoriske forskelle mellem kommunerne. I de tilfælde, hvor der trækkes på psykologfaglighed, der er placeret et andet sted i organisationen, end på området for udsatte voksne, vil dette således ikke blive registreret.



**Tabel 5-9: Antal årsværk på det samlede udsatte voksne og handicapområde pr. personalegruppe og konto, 2011**

Personale-kategori	Forebyg-gende indsats for ældre og handi-cappede (5.32.33)	Kontakt-person- og ledsa-gerord-ninger (5.38.53)	Beskyttet beskæfti-gelse (5.38.58)	Aktivi-tets- og samværs-tilbud (5.38.59)	Botilbud til midler-tidigt op-hold (5.38.52)	Botilbud til læn-gereva-rende ophold (5.38.50)	I alt	Antal
<b>Pædagoger</b>	37 %	23 %	29 %	44 %	51 %	36 %	<b>39 %</b>	12.701
<b>Lærere</b>	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	<b>0 %</b>	51
<b>Pædagog-medhjæl-pere</b>	11 %	36 %	11 %	15 %	15 %	27 %	<b>19 %</b>	6.318
<b>Psykologer</b>	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	<b>0 %</b>	45
<b>Socialrådgivere</b>	1 %	5 %	1 %	2 %	2 %	0 %	<b>1 %</b>	388
<b>Social- og sundheds-assistenten</b>	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	<b>0 %</b>	100
<b>Social- og sundheds-hjælpere</b>	11 %	9 %	1 %	3 %	5 %	6 %	<b>6 %</b>	2.075
<b>Fysio- og ergoterapeuter</b>	20 %	14 %	3 %	9 %	12 %	14 %	<b>14 %</b>	4.417
<b>Admini-strativt persona-le/ledelse</b>	7 %	8 %	13 %	10 %	8 %	8 %	<b>8 %</b>	2.690
<b>Sundheds-personale (læger, sy-geplejer-sker)</b>	4 %	2 %	0 %	1 %	2 %	2 %	<b>2 %</b>	3.161
<b>Andre</b>	8 %	3 %	42 %	16 %	5 %	7 %	<b>10 %</b>	710
<b>I alt</b>	<b>7.320</b>	<b>881</b>	<b>1.679</b>	<b>3.743</b>	<b>5.417</b>	<b>13.615</b>	<b>32.656</b>	

Kilde: FLD-data

Tabel 5-10 illustrerer udviklingen i personalegrupper fra 2007-2011. Der har været en tendens i retning af et skift i sammensætningen af personalegruppen, hvor der er sket et fald i sundhedsfagligt personale på tværs af flere personalekategorier (SOSU-assistenten og -hjælpere samt læger og sygeplejersker) og en større stigning i andelen af socialpædagogisk personale. Også den regionale psykiatri har oplevet et lille fald i brugen af SOSU-assistenten, men har til gengæld oplevet en lille stigning i brug af sygeplejersker (Deloitte, 2012).

Derudover viser udviklingen fra 2007-2011, at antallet af psykologer er steget med 89 pct., hvilket må siges at være en markant udvikling, selv om det kommer fra et lavt niveau. Andelen af socialrådgivere på tværs af tilbuddene på voksenområdet er også steget siden 2007. Udviklingen i antallet af det administrative personale og ledelsen er steget på niveau med den generelle udvikling i antallet af personale på området.

Uafhængigt af tendenserne i retning af et skift i personalesammensætningen, viser casestudierne, at der fortsat er behov for yderligere investering til kompetenceudvikling af den samlede personalegruppe, hvis man ønsker at fremme brugen af evidensbaserede metoder samt systematisk dokumentation. Flere

af de store faggrupper inden for området er ikke vant til at arbejde med udgangspunkt i evidensbaserede metoder.

**Tabel 5-10: Udvikling i forskellige personalekategorier på det samlede udsatte voksne og handicapområde (ikke målgruppeopdelt), 2007-2011**

Personalegrupper	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling fra 2007-2011
Pædagoger	10.357	11.192	12.065	12.716	12.701	23 %
Lærere	50	46	54	117	51	1 %
Pædagogmedhjælpere	4.708	5.227	5.835	6.376	6.318	34 %
Psykologer	24	38	47	54	45	89 %
Socialrådgivere	286	312	408	411	388	36 %
Social- og sundhedsassistenter	100	100	95	94	100	0 %
Social- og sundhedshjælpere	2.784	2.867	2.291	2.278	2.075	-25 %
Fysio- og ergoterapeuter	3.661	4.111	4.332	4.473	4.417	21 %
Administrativt personale/ledelse	2.366	2.567	2.693	2.819	2.690	14 %
Sundhedspersonale (læger, sygeplejersker)	746	729	718	749	710	-5 %
Andre	3.372	3.497	3.361	3.324	3.161	-6 %
<b>I alt</b>	<b>28.454</b>	<b>30.686</b>	<b>31.899</b>	<b>33.411</b>	<b>32.656</b>	<b>15 %</b>

Kilde: FLD-data. Er opgjort for følgende konti: 5.32.33, 5.38.53, 5.38.58, 5.38.59, 5.38.52, 5.38.50

### 5.2.1 Forskelle mellem kommuner

I dette afsnit ser vi på forskellene mellem kommunerne og sætter fokus på, hvordan kommunerne i hver af de fem regioner fordeler sig. Den efterfølgende tabel viser en oversigt over udviklingen fra 2007-2011 i antallet af årsværk i indsatsen overfor udsatte voksne på tværs af regioner.

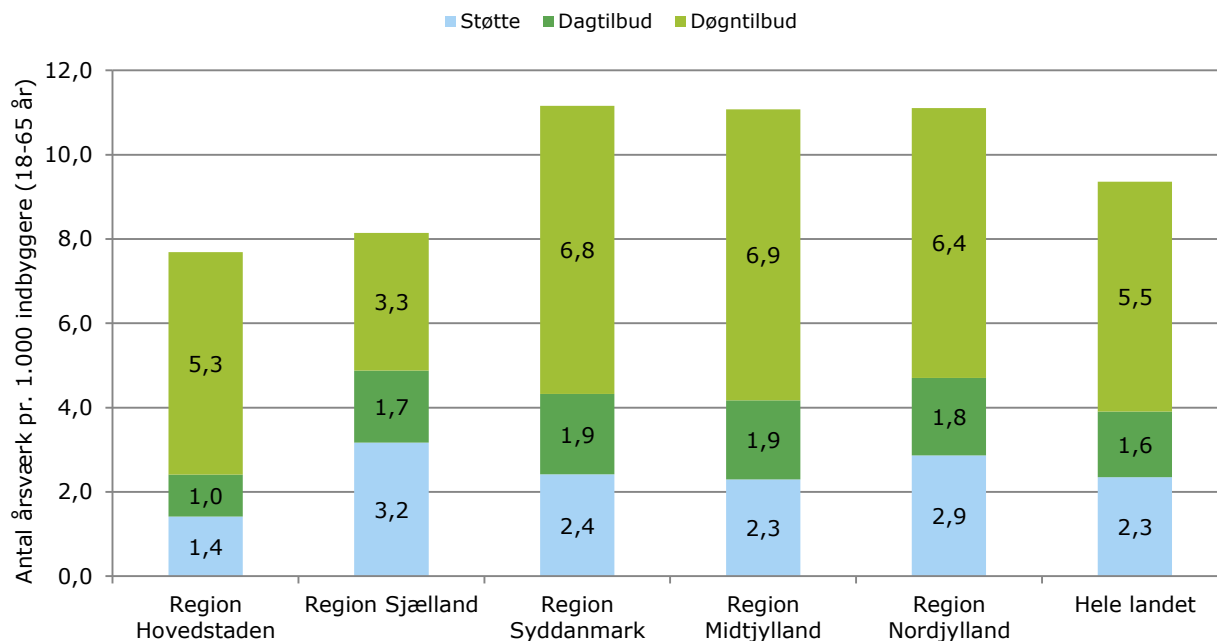
**Tabel 5-11: Antal årsværk pr. 1.000 18-65-årige for udsatte voksne og handicap, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011
Hovedstaden	6,5	6,7	7,3	7,5	7,7	19 %
Sjælland	10,9	11,6	12,1	12,2	11,1	2 %
Syddanmark	7,8	9,2	10,4	11,1	11,1	42 %
Midtjylland	6,8	7,4	7,9	8,8	8,1	19 %
Nordjylland	13,6	13,5	10,8	10,9	11,2	-18 %
<b>Hele landet</b>	<b>8,2</b>	<b>8,8</b>	<b>9,2</b>	<b>9,6</b>	<b>9,4</b>	<b>14 %</b>

Kilde: FLD-data. Er opgjort for følgende konti: 5.32.33, 5.38.53, 5.38.58, 5.38.59, 5.38.52, 5.38.50

Tabellen viser, at der er betydelige forskelle imellem kommunerne i de fem regioner. Kommunerne i Region Sjælland har i gennemsnit oplevet et fald i antallet af årsværk på 18 pct., mens tendensen i Region Midtjylland har været den modsatte, da der har været en stigning på 42 pct. siden 2007. Antallet af årsværk pr. 1.000 indbyggere kom dog fra et væsentligt lavere niveau i Region Midtjylland end i Region Sjælland, og udviklingen kan derfor også ses som et led i en harmonisering af personaletyngden på tværs af regioner, hvor der dog stadig er en forskel på 3,5 årsværk pr. 1.000 indbyggere mellem kommunerne i Region Hovedstaden (der ligger på et gennemsnit på 7,7) og kommunerne i Region Sjælland (der ligger på et gennemsnit på 11,2) i 2011. Disse store forskelle illustreres også i den efterfølgende figur.

Figur 5-8: Antal årsværk pr. 1.000 18-65-årige for udsatte voksne og handicap, 2011



Kilde: FLD-data. Er op gjort for følgende konti: 5.32.33, 5.38.53, 5.38.58, 5.38.59, 5.38.52, 5.38.50.

### 5.3 Aktivitet

I dette afsnit beskrives aktiviteten i den kommunale indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder. Aktiviteten beskrives både i forhold til både voksne, der modtager forebyggende eller opfølgende tilbud, og voksne, der bor på et botilbud eller deltager i et beskyttet beskæftigelsestilbud eller et samværs- og aktivitetstilbud.

Som beskrevet tidligere i forbindelse med gennemgangen af de økonomiske aspekter af kommunernes kapacitet på området, er det også på aktivitetsaspektet forbundet med usikkerhed selvstændigt at opgøre den andel, der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder.

Tabellen nedenfor viser, at der fra 2007-2011 er sket en markant vækst på ca. 90 pct. i antallet af voksne borgere, som modtager socialpædagogisk støtte efter servicelovens § 85. Baseret på oplysninger fra Danmarks statistik er antallet af personer med psykiske vanskeligheder, der modtager socialpædagogisk støtte, steget med 93 pct. fra 2007-2011. Denne tendens genfindes i økonomitallene, men udgifterne på området er steget mindre end antallet af personer, som modtager ydelsen. Det indikerer, at "pladsprisen" pr. bostøtteforløb er faldet i perioden. Interviewene indikerer, at det kan skyldes, at kommunerne er begyndt i højere grad at arbejde med gruppebaserede forløb, særligt i forbindelse med tilbud efter servicelovens § 85.

Datagrundlaget giver imidlertid ikke mulighed for at vurdere, i hvilket omfang dette fald kan henføres til en ændret sammensætning af de kommunale tilbud eller til en effektivisering af de forskellige tilbud.

**Tabel 5-12: Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter servicelovens § 85 (socialpædagogisk støtte), 2007-2011<sup>43</sup>**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Personer med sindslidelser</b>	7.614	9.719	11.934	13.501	14.732	93 %

Kilde: Særudtræk fra Danmarks Statistik og egne beregninger

Tabel 5-13 viser, at der fra 2007-2011 er sket et lille fald på ca. 3 pct. i antallet af personer med psykiske vanskeligheder, som modtager en opsøgende indsats fra en støtte- og kontaktperson efter servicelovens § 99. Andelen af målgruppen i forhold til den samlede gruppe af voksne, som modtager § 99-støtte, er faldet fra 2007-2011. Denne udvikling skal naturligvis ses i sammenhæng med udvidelsen af målgruppen for § 99, Som pr. 1. oktober 2006 blev udvidet til også at dække misbrugere og hjemløse, ligesom der ofte kan være et sammenfald mellem målgrupperne.

**Tabel 5-13: Antal af indsatser efter servicelovens § 99 (støtte og kontaktpersoner) der vedrører sindslidende i pct., 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Personer med sindslidelser</b>	3.717	3.557	3.403	3.673	3.599	-3 %

Kilde: Særudtræk fra Danmarks Statistik og egne beregninger

Tabel 5-14 viser, at der fra 2007-2011 er sket en vækst på ca. 40 pct. i antallet af borgere med psykiske vanskeligheder, som modtager beskyttet beskæftigelse efter servicelovens § 103. I 2011 var der 2.180 personer i målgruppen, som benyttede sig af dette tilbud, mens der i 2007 var 1.557. Denne tendens (en stigning på ca. 40 pct.) genfindes ikke i økonomitallene, hvor der er sket et lille fald i udgiften til området, hvilket indikerer, at "pladsprisen" pr. borger er faldet betydeligt i perioden. Antages det, at der er et 1:1-forhold mellem udgifter og antal årsværk til området, betyder det, at udviklingen i antallet af brugere pr. årsværk gennem de seneste fem år har været nogenlunde stabil på ca. 15 brugere pr. årsværk. Den største stigning i antallet af brugere er ifølge Socialstyrelsen sket i årene efter 2006, hvor der i gennemsnit var 8-12 brugere pr. årsværk<sup>44</sup>.

Tabellen viser også, at antallet af personer med psykiske vanskeligheder, der modtager et aktivitets- og samværstilbud efter servicelovens § 104, er steget med 15 pct. fra 2007-2011, hvilket svarer til stigningen i udgiften til området.

**Tabel 5-14: Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som modtager ydelser efter servicelovens hhv. § 103 (Beskyttet beskæftigelse) og § 104 (Aktivitets- og samværstilbud)**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Beskyttet beskæftigelse (sindslidende)</b>	1.557	1.208	1.727	1.649	2.180	40 %
<b>Aktivitets- og samværstilbud (sindslidende)</b>	7.048	7.065	7.672	9.375	8.077	15 %

Kilde: Danmarks Statistik Statistikbanken og egne beregninger

Note: Tal for 2009-2010 kan sammenlignes. Tal for 2009 kan ikke sammenlignes med tidligere år pga. ændret indberetning. Tallene anses for alle årene at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud

Tabel 5-15 viser, at der fra 2009-2011 er sket en betydelig vækst på ca. 14 pct i antallet af voksne borgere med psykiske vanskeligheder, som bor på et botilbud med midlertidigt ophold efter servicelovens § 107. På grund af udvikling i opgørelsespraksis kan udviklingen ikke føres tilbage til 2007, hvor tallene ikke blev opdelt mellem kategorierne *sindslidelse* og *psykisk funktionsnedsættelse*.

<sup>43</sup> I Danmarks Statistiks opgørelser betegnes målgruppen for denne kapacitetsanalyse for personer med sindslidelser, hvorfor denne betegnelse er gengivet i tabellerne vedrørende aktivitet på voksenområdet. I teksten omkring tabellerne anvendes dog den valgte målgrubebetegnelse for analysen "personer med psykiske vanskeligheder".

<sup>44</sup> Socialstyrelsen (2011). *Lovovervågning af støtte- og kontaktpersonordningen, 2007-2009* samt VFC Socialt Udsatte, Socialstyrelsen (2006). *SKP til misbrugere og hjemløse*.

Tallene anses dog af Danmarks Statistik for at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud. Denne formodning bekræftes af KREVI's kortlægning fra 2012, hvor man fandt, at andelen af personer med psykiske vanskeligheder i de "rene" § 107-tilbud var 40 pct. mod 30 pct. i opgørelserne fra Danmarks Statistik i 2011.

Tabellen viser endvidere, at der fra 2009-2011 er et lille fald på ca. 13 pct. i antallet af voksne borgere med psykiske vanskeligheder, som bor på et botilbud med længerevarende ophold efter servicelovens § 108. På grund af Udvikling i opgørelsespraksis kan udviklingen heller ikke her føres tilbage til 2007, hvor tallene blev opgjort på kategorierne sindslidende og psykisk funktionsnedsættelse.

Tallene for aktiviteten på § 108-tilbuddene anses også for her af Danmarks Statistik for at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud. Denne formodning bekræftes ligeledes af KREVI's kortlægning fra 2012, hvor man fandt, at andelen af personer med psykiske vanskeligheder i de "rene" § 108-tilbud var 31 pct. mod 29 pct. i opgørelsen fra Danmarks Statistik for 2011.

Sammenholdes udviklingen i antallet af beboere med udgiftsudviklingen til området, så indikerer tallene, at der fra 2009-2011 er kommet en lavere gennemsnitlig pladspris, da udgiftsniveauet er faldet med hhv. 3 og 8 pct. for perioden 2009-2011.

**Tabel 5-15: Antal voksne med psykiske vanskeligheder, som har hhv. midlertidige ophold på botilbud (jf. servicelovens § 107) og længerevarende ophold på botilbud (jf. servicelovens § 108)**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Midlertidigt ophold på botilbud (sindslidende)</b>			1.5	1.7	1.8	
	-	-	81	91	10	*14 %
<b>Midlertidigt ophold på botilbud (sindslidende og psykisk funktionsnedsættelse)<sup>45</sup></b>	4.0	4.3	4.6	4.8	4.9	23 %
	16	53	90	15	59	
<b>Længerevarende ophold på botilbud (sindslidende)</b>			2.5	2.8	2.4	
			37	50	02	*-5 %
<b>Længerevarende ophold på botilbud (sindslidende og psykisk funktionsnedsættelse)<sup>46</sup></b>	8.0	8.2	8.2	8.1	7.6	-5 %
	61	15	59	35	65	

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Note: Tal for 2009-2011 kan sammenlignes. Tal for 2009 kan ikke sammenlignes med tidligere år pga. ændret indberetning. Tallene anses for alle årene at være lidt undervurderede pga. manglende oplysninger fra enkelte tilbud. Sindslidende anvendes ikke som målgruppeopdeling før 2009. \* Udviklingen for antallet af sindslidende er fra 2009-2011 pga. Udvikling i opgørelsespraksis.

### 5.3.1 Brugen af evidensbaserede metoder

Rambøll har undersøgt, hvilke internationale evidensbaserede metoder der har en dokumenteret effekt i forhold til den sociale indsats for voksne med psykiske vanskeligheder (ikke alle metoderne er afprøvet i Danmark). Der er udelukkende set på metoder, hvor der er foretaget et systematisk metareviews efter de højeste forskningsmæssige standarder. Dette indebærer også, at der er et stort lag af anvendte og dokumenterede metoder med lovende resultater i praksis, som ikke indgår på nedenstående liste. Undersøgelsen peger på, at følgende metoder har dokumenterede effekt for målgruppen:

- Intensive Case Management (ICM)
- Assertive Community Treatment (ACT)
- Critical Time Intervention (CTI)
- Home treatment for mental health problems
- Community pharmacy services to optimise the use of medications for mental illness

I forbindelse med regeringens Hjemløsestrategi har 18 kommuner arbejdet med at implementere ACT, ICM og CTI som metoder i deres bostøtteindsats til hjemløse borgere. Flere kommuner overvejer ligele-

<sup>45</sup> Dækker også over udviklingshæmmede og mennesker med hjerneskade, der ligger uden for analysens målgruppe.

<sup>46</sup> Samme som oven stående note.

des at implementere tilsvarende metoder i forhold til en bredere gruppe af mennesker med psykiske vanskeligheder.

Spørgeskemaundersøgelsen af kommunerne viser, at ca. halvdelen (51 pct.) af kommunerne arbejder systematisk med en recovery-baseret tilgang. Det er Rambølls vurdering, at der i de fleste kommuner dog ikke er tale om en ensartet veldokumenteret metode, men mere en generel tilgang, og Rambøll har kun enkelte steder identificeret, at der arbejdes stringent efter evidensbaserede interventioner. Det er tilfældet i forhold til fx *Illness Management and Recovery (IMR)* i Ringbo-projektet i Københavns Kommune, *Mental Health Recovery Measure (MHRM)* i Rehabiliteringshuset i Odense Kommune og *Individual Placement and Support (IPS)* OPH-projektet i Aarhus Kommune.

I flere af de større kommuner har man i dag særlige rådgivende rehabiliteringsteams og bevæger sig i disse kommuner i stigende grad mod større brug af evidensbaserede metoder i det socialfaglige arbejde. Det er dog Rambølls vurdering, baseret på de kvalitative casestudier samt dokumentstudierne og interviewene i forbindelse med eksempler på god kommunal praksis, at der fortsat er et betydeligt potentiale i forhold til at efterleve ambitionen om at arbejde evidensbaseret i de yderste leverandørled. Det gør sig i større eller mindre grad gældende for de fleste beskrivelser af god kommunal praksis, at de ikke direkte baserer sig på international evidens på trods af deres gode resultater opnået i de enkelte kommuner.

I SFI's rapport, "Et liv i egen bolig" om brugen af § 85-bostøtte fremgår det, at kun 16 pct. af leverandørerne oplever, at den kommunale myndighed lægger vægt på, at de arbejder efter evidensbaserede metoder i bostøtteindsatsen. Ligeledes svarer over halvdelen (60 pct.) af leverandørerne, at de anvender de metoder, de selv finder relevante i de konkrete sager. Svarene kan både ses som et udtryk for, at den kommunale myndighed har tillid til, at leverandørerne anvender de metoder, de finder bedst egnet til målgruppen, men det kan også ses som et udtryk for, at den kommunale myndighed ikke opstiller krav til, hvilke metoder der benyttes. Over halvdelen af kommunerne (67 pct.) mener nemlig, at det er væsentligt, at leverandørerne arbejder evidensbaseret, men alene 12 pct. af kommunerne opstiller krav til bostøtternes metoder (SFI, 1012).

Samlet set vurderer Rambøll, at kommunernes indsatser i stigende grad arbejder med at implementere evidensbaserede metoder i indsatsen på voksenområdet, men at brugen af evidensbaserede metoder ikke på nuværende tidspunkt er fuldt ud implementeret. Dog er der i stigende grad, særligt i forhold til bostøtteindsatsen til hjemløse, hvoraf en stor del af har psykiske vanskeligheder, påbegyndt et arbejde med evidensbaserede indsatser. Dette skal også ses som et udtryk for, at de fleste kommuner ser implementeringen af evidensbaserede metoder som omkostningseffektiv.

### **5.3.2 Forskelle mellem kommuner**

De nedenstående tabeller illustrerer de forskelle, der eksisterer mellem kommuner på tværs af de fem regioner, for antallet af personer på de enkelte tilbud. Den første tabel omhandler beskyttet beskæftigelse og aktivitets- og samværstilbud. Tallene for antallet af borgere er opgjort efter opholdskommune. Antallet af personer på dagtilbud er i gennemsnit 2,9 pr. 1.000 indbyggere, hvor Region Hovedstaden står for det laveste antal med 2,6 pr. 1.000 indbyggere, mens Region Syddanmark har det højeste antal med 3,5 pr. 1.000 indbyggere. Tallene viser en stor udvikling i antallet af borgere fra 2007-2011 for især kommunerne i Region Sjælland (på 81 pct.), hvor udviklingen på landsplan er 18 pct.

**Tabel 5-16: Antal voksne med psykiske vanskeligheder i dagtilbud (jf. servicelovens § 103 og § 104) pr. 1000 18-65-årige efter opholdskommune/-region for tilbuddet, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
Kommuner i Region Hovedstaden	2,1	1,9	1,8	3,5	2,6	24 %
Kommuner i Region Sjælland	1,6	1,7	2,5	2,8	3,0	81 %
Kommuner i Region Syddanmark	3,8	3,0	3,6	3,4	3,5	-7 %
Kommuner i Region Midtjylland	2,3	2,4	3,1	2,9	2,8	23 %
Kommuner i Region Nordjylland	2,8	3,5	2,8	2,8	3,2	15 %
<b>Hele landet</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,7</b>	<b>3,2</b>	<b>2,9</b>	<b>18 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Den nedenstående tabel omhandler antallet af personer på døgntilbud (botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108). Antallet af personer på døgntilbud er i 2011 i gennemsnit 3,6 pr. 1.000 indbyggere, hvor kommunerne i Region Syddanmark står for det højeste gennemsnitlige antal med 4,9 personer pr. 1.000 indbyggere, mens kommunerne i Region Midtjylland har det laveste antal med 2,3 pr. 1.000 indbyggere. Tallene viser en vækst i antallet af borgere i døgntilbud fra 2007-2011 for kommunerne i Region Sjælland og Region Syddanmark (på hhv. 14 og 13 pct.), mens kommunerne i de øvrige tre regioner samlet set har oplevet et fald.

**Tabel 5-17: Antal voksne med psykiske vanskeligheder på døgntilbud (jf. servicelovens § 107 og § 108) pr. 1000 18-65-årige efter opholdskommune/-region for tilbuddet, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
Kommuner i Region Hovedstaden	3,4	3,4	3,3	3,7	3,4	2 %
Kommuner i Region Sjælland	4,0	4,0	4,4	4,2	4,5	14 %
Kommuner i Region Syddanmark	4,3	4,7	5,0	4,6	4,9	13 %
Kommuner i Region Midtjylland	2,6	2,7	2,7	2,7	2,3	-10 %
Kommuner i Region Nordjylland	3,6	3,7	3,8	3,6	3,2	-9 %
<b>Hele landet</b>	<b>3,5</b>	<b>3,6</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

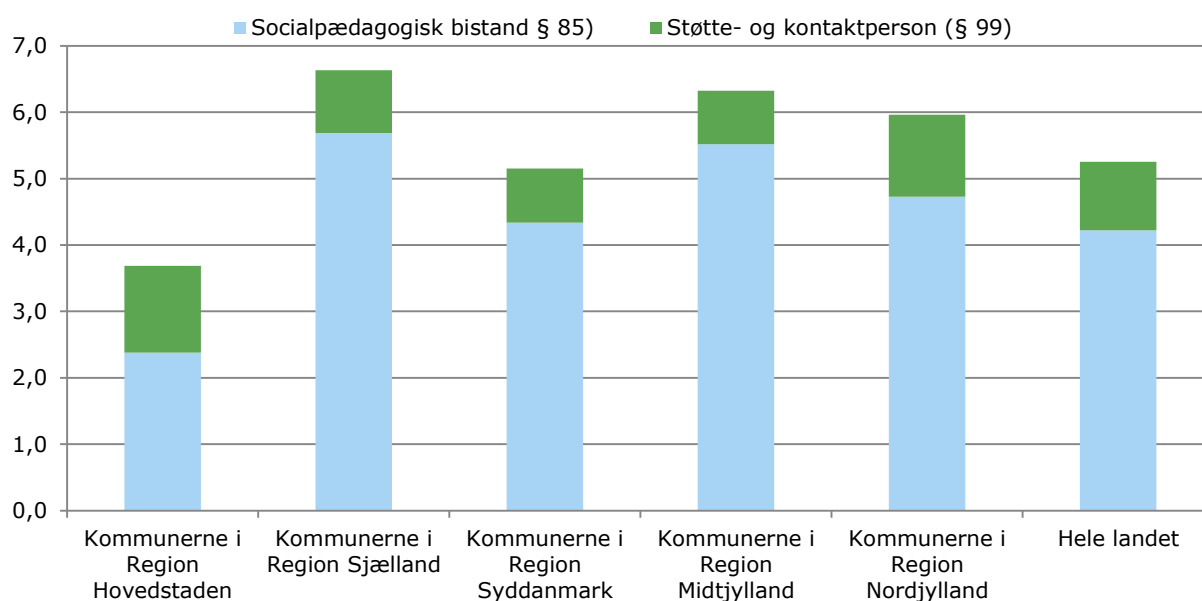
**Tabel 5-18: Antal voksne med psykiske vanskeligheder der modtager ydelser efter servicelovens §§ 85 & 99 pr. 1000 18-65 årig opdelt på region for tilbuddet, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
Kommuner i Region Hovedstaden	2,49	2,76	2,83	3,27	3,69	48 %
Kommuner i Region Sjælland	3,01	4,89	5,51	6,28	6,64	120 %
Kommuner i Region Syddanmark	3,62	3,59	4,3	4,75	5,15	42 %
Kommuner i Region Midtjylland	3,72	4,26	5,62	6,15	6,32	70 %
Kommuner i Region Nordjylland	4,35	5,03	5,13	5,74	5,96	37 %
<b>Hele landet</b>	<b>3,28</b>	<b>3,83</b>	<b>4,4</b>	<b>4,92</b>	<b>5,25</b>	<b>60 %</b>

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

Note: \* Antal ydelser efter §§ 85, 97 og 99 per 1.000 indbyggere

Figur 5-9: Antallet af ydelser efter servicelovens §§ 85 & 99, opdelt på regionsniveau og for hele landet, 2011



Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger.

#### 5.4 Pladser

Alle tilbud på det sociale område er forpligtet til at indberette oplysninger i en fælles tilbudsportal. Baseret på oplysninger der fra kan man opgøre antallet af tilbud og antallet af pladser til forskellige målgrupper. Rambøll vurderer dog, at der er betydelige udfordringer forbundet med at anvende oplysninger fra Tilbudsportalen, da der kan sættes spørgsmålstegn ved datas validitet, som følge af den svingende kvalitet i tilbuddenes indberetninger og opdateringer. Forbeholdet gælder således for alle beregninger i dette kapitel, hvori pladsoplysninger indgår. I nedenstående tabel ses en oversigt over det samlede antal pladser på voksen-socialområdet, fordelt på kommunale, regionale og private tilbud:

Tabel 5-19: Antal tilbud på det samlede udsatte voksne og handicapområde (ikke målgruppenspecifikke) pr. ejerform, 2011

	Beskyttet beskæftigelse	Visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud	Midlertidige botilbud til voksne	Længevarende botilbud til voksne
Kommunal	144	272	201	274
Regional	13	35	33	67
Privat	66	110	297	49
<b>I alt</b>	<b>223</b>	<b>417</b>	<b>531</b>	<b>390</b>

Kilde: Tilbudsportalens databank og egne beregninger

Tabellen viser, at hovedparten af tilbud om beskyttet beskæftigelse og længevarende botilbud er kommunale, mens andelen af private tilbud udgør 56 pct. på midlertidige botilbud og 26 pct. på aktivitets- og samværstilbud.

I nedenstående tabel ses udviklingen over antallet af pladser på det samlede udsatte voksne og handicapområde fra 2009-2011.



**Tabel 5-20: Antal pladser på det samlede udsatte voksne og handicapområde (ikke målgruppespecifikke), 2009-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
Beskyttet beskæftigelse	-	-	11.156	11.458	11.281	1 %
Aktivitets- og samværstilbud	26.193	28.376	28.950	30.827	30.228	15 %
Midlertidige botilbud	13.234	15.678	16.036	16.661	17.385	31 %
Længerevarende botilbud	13.849	14.391	13.400	13.617	13.302	-4 %

Kilde: Tilbudsportalens databank og egne beregninger

Note: Opgørelsen viser antal pladser inkl. dobbelttilbud. Der kan angives flere juridiske grundlag pr. tilbud og der kan derfor være overlap mellem de to grupper, og der kan derfor heller ikke summeres over de to grupper. Data er opgjort pr. 1/10 i året. Beskyttet beskæftigelse er trukket fra Tilbudsportalens databank, mens de øvrige er data modtaget fra Socialstyrelsen.

Tabellen ovenfor viser, at der har været en stigning i antallet af pladser på midlertidige botilbud på 31 pct., mens aktivitets- og samværstilbud er steget med 15 pct. Der er sket et fald i antallet af pladser på længerevarende botilbud på 4 pct. fra 2007-2011.

I Tilbudsportalen skal det enkelte tilbud angive, hvilke målgrupper de henvender sig til. I nedenstående tabel ses en oversigt over antallet af tilbud, der henvender sig til sindslidende.

**Tabel 5-21: Antal tilbud for voksne med psykiske vanskeligheder, 2010-2012**

	2010	2011	2012	Udvikling 2009-2011
<b>Tilbud i beskyttet beskæftigelse og visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud i alt</b>	<b>298</b>	<b>325</b>	<b>364</b>	<b>22 %</b>
Heraf tilbud kun i beskyttet beskæftigelse	43	55	61	42 %
Heraf tilbud kun i visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud	160	175	191	19 %
Heraf tilbud i beskyttet beskæftigelse og visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, som entydigt kan henføres til disse, men ikke fordeles mellem de to.	33	35	45	-
Heraf tilbud i beskyttet beskæftigelse og/eller visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, som <b>ikke</b> entydigt kan henføres til disse	62	60	67	-
<b>Tilbud på midlertidige og længerevarende botilbud i alt</b>	<b>449</b>	<b>545</b>	<b>595</b>	<b>33 %</b>
Heraf tilbud kun på midlertidige botilbud	202	250	269	33 %
Heraf tilbud kun på længerevarende botilbud	110	124	109	-1 %
Heraf tilbud på midlertidige og længerevarende botilbud, som entydigt kan henføres til disse, men ikke fordeles mellem de to.	24	34	44	-
Heraf tilbud på midlertidige og/eller længerevarende botilbud, som <b>ikke</b> entydigt kan henføres til disse.	113	137	173	-

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

Tabellen viser, at der har været en stigning i antallet af tilbud om beskyttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud og midlertidige botilbud fra 2010-2012. Antallet af længerevarende botilbud er faldet med 1 pct. i samme periode.

I nedenstående tabel har vi set på pladserne på tilbud, der er rettet mod mennesker med psykiske vanskeligheder.

**Tabel 5-22: Antal pladser for voksne med psykiske vanskeligheder, 2010-2012**

	2010	2011	2012	Udvikling 2009-2011
<b>Pladser i beskyttet beskæftigelse og visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud i alt</b>	<b>14.307</b>	<b>14.891</b>	<b>16.194</b>	<b>13 %</b>
Heraf pladser kun i beskyttet beskæftigelse	1.551	2.000	2.070	33 %
Heraf pladser kun i visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud	7.048	7.627	8.417	19 %
Heraf pladser i beskyttet beskæftigelse og visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, som entydigt kan henføres til disse, men ikke fordeles mellem de to.	2.537	2.504	2.777	-
Heraf pladser i beskyttet beskæftigelse og/eller visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, som <b>ikke</b> entydigt kan henføres til disse	5708	5264	5707	-
<b>Pladser på midlertidige og længevarende botilbud i alt</b>	<b>10.200</b>	<b>11.053</b>	<b>11.412</b>	<b>12 %</b>
Heraf pladser kun på midlertidige botilbud	2429	3021	3176	31 %
Heraf pladser kun på længevarende botilbud	2593	2644	2345	-10 %
Heraf pladser på midlertidige og længevarende botilbud, som entydigt kan henføres til disse, men ikke fordeles mellem de to.	1148	1495	1640	-
Heraf pladser på midlertidige og/eller længevarende botilbud, som <b>ikke</b> entydigt kan henføres til disse.	4030	3893	4251	-

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

Tabellen ovenfor viser samme tendens som på antallet af tilbud, hvilket vil sige at antallet af pladser i støttet beskæftigelse, aktivitets- og samværstilbud og midlertidige botilbud har været stigende, mens antallet af pladser i længevarende botilbud har været faldende.

I nedenstående tabel ses en oversigt over kapaciteten i regionernes tilbud til sindslidende:

**Tabel 5-23: Antallet af pladser i regionale tilbud til voksne med psykiske vanskeligheder fra 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
Pladser på beskyttet beskæftigelse (§ 103) til sindslidende	38	38	41	41	44	16 %
Pladser på aktivitets- og samværstilbud (§ 104) til sindslidende	220	206	113	113	113	-49 %
Pladser på midlertidige botilbud (§ 107) til sindslidende	130	131	121	125	118	-9 %
Pladser på længevarende botilbud (§ 108) til sindslidende	815	690	641	572	584	-28 %

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

Tabellen ovenfor viser, at den regionale kapacitet generelt er faldet fra 2007-2011. På aktivitets og samværstilbud er antallet af pladser faldet med 49 pct., og på længevarende botilbud er antallet af pladser faldet med 28 pct.

#### 5.4.1 Pladser der koordineres i rammeaftalerne

Rambøll har gennemgået rammeaftalerne for de fem regioner fra 2007-2011 for at få et overblik over antallet af pladser, der koordineres om på området for voksne med psykiske vanskeligheder. Det har ikke været muligt at opgøre præcise tal for målgruppen i alle regioner eller i alle år.

I nedenstående tabeller ses en oversigt over antallet af døgn og dagtilbud som der koordineres i rammeaftalerne.

**Tabel 5-24: Antal dagtilbud (jf. servicelovens § 103, 104) vedr. voksne med psykiske vanskeligheder, der koordineres i rammeaftalerne**

Region	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
<b>Region Hovedstaden</b>	-	3.654	3.775	3.772	96*	-
<b>Region Syddanmark</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Region Sjælland***</b>	-	-	-	291	250	-
<b>Region Midtjylland</b>	725	720	707	647	470	-35 %
<b>Region Nordjylland</b>	102	113**	103**	103**	103	1 %

Note: Udviklingen i kapacitet på voksenområdet er baseret på opgørelserne i rammeaftalerne for det specialiserede socialområde indgået mellem regioner og kommuner. Hvad mindre andet er angivet viser opgørelsen det samlede antal af både kommunernes og regionens pladser.

\* Det markante fald i antallet af pladser ift. det foregående år skyldes indførelsen af et nyt og smallere rammeaftalekoncept, hvormed en del af de kommunale pladser udgår af rammeaftalen.

\*\* kilde: Rammeaftalen for Region Nordjylland fra 2010, opgørelse for udviklingen i pladser fordelt på målgruppe, 2008-2010 (s. 37)

\*\*\* Region Sjælland har ikke opgjort pladser til målgruppen sindslidende før 2010

**Tabel 5-25: Antal botilbud (jf. servicelovens § 107, 108) vedr. voksne med psykiske vanskeligheder, der koordineres i rammeaftalerne**

Region	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-11
<b>Region Hovedstaden</b>	619	1.605	1.584	1.578	662*	7 %
<b>Region Syddanmark****</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Region Sjælland***</b>	-	-	-	510	461,5	-
<b>Region Midtjylland</b>	816	756	756	729	699	-14 %
<b>Region Nordjylland</b>	385	383	391	373	373	-3 %

Note: Udviklingen i kapacitet på voksenområdet er baseret på opgørelserne i rammeaftalerne for det specialiserede socialområde indgået mellem regioner og kommuner. Hvad mindre andet er angivet viser opgørelsen det samlede antal af både kommunernes og regionens pladser.

\* Det markante fald i antallet af pladser ift. det foregående år skyldes indførelsen af et nyt og smallere rammeaftalekoncept, hvormed en del af de kommunale pladser udgår af rammeaftalen.

\*\* kilde: Rammeaftalen for Region Nordjylland fra 2010, opgørelse for udviklingen i pladser fordelt på målgruppe, 2008-2010 (s. 37)

\*\*\* Region Sjælland har ikke opgjort pladser til målgruppen sindslidende før 2010

Ovenstående tabeller viser, at rammeaftalerne indeholder færre pladser til borgere med psykiske vanskeligheder i kommunerne i Region Midtjylland. I kommunerne i Region Hovedstaden har man indført et nyt og smallere rammeaftalekoncept i 2011, der betyder at man koordinerer om færre pladser.

#### 5.4.2 Omlægninger af pladser

I den gennemførte spørgeskemaundersøgelser er kommunerne blevet spurgt om man har omlagt botilbudspladser til almene boliger eller plejeboliger i perioden. I nedenstående tabel ses en oversigt over kommunernes svar:

**Tabel 5-26: Har kommunen omlagt botilbudspladser (jf. servicelovens § 107 eller § 108) til almene boliger/plejeboliger med omfattende støtte efter servicelovens § 85 i perioden 2007-2011?**

	Andel i pct.
<b>Ja</b>	25
<b>Nej</b>	75
<b>I alt</b>	<b>100</b>

Kilde: Oplysninger fra kommunerne

Note: N=63

Tabellen viser, at 25 pct. af kommunerne har omlagt botilbud til almene boliger eller plejeboliger. Opgørelsen viser, at det både drejer sig om midlertidige og længerevarende botilbud, der omlægges.

### 5.4.3 Forskelle mellem kommuner

Nedenstående tabel viser antallet af pladser til voksne med psykiske vanskeligheder opdelt på gennemsnittet blandt kommuner i de fem regioner. Tallene viser betydelig variation mellem de kommunale gennemsnit på tværs af de fem regioner.

**Tabel 5-27: Antal pladser til voksne med psykiske vanskeligheder opdelt på regioner pr. 18-65 årige i 2011**

	Kommuner i Region Hovedstaden	Kommuner i Region Sjælland	Kommuner i Region Syddanmark	Kommuner i Region Midtjylland	Kommuner i Region Nordjylland	Hele landet
Pladser i beskyttet beskæftigelse, visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud, midlertidige og længerevarende botilbud i alt	4,5706	4,2729	4,2952	3,7813	5,2814	4,3637
Pladser i beskyttet beskæftigelse	0,2761	0,5756	0,4002	1,1418	0,5178	0,5667
Pladser i visiterede og uvisiterede aktivitets- og samværstilbud	2,6486	1,3170	1,9509	1,8219	3,1627	2,1755
Pladser på midlertidige botilbud	0,8874	1,3470	0,9822	0,4429	0,8046	0,8639
Pladser på længerevarende botilbud	0,7584	1,0332	0,9619	0,3747	0,7963	0,7576

Kilde: Særudtræk fra Tilbudsportalen og egne beregninger

Note: Alle tilbud, som har minimum en ydelse, hvor en af følgende anbringelsesårsager er angivet, medregnes i opgørelsen.

## 5.5 Kapacitetsudnyttelse

I dette afsnit foretages der yderligere analyser af kommunernes indsats over for voksne med psykiske vanskeligheder. Modsat de tidligere afsnit, som har taget udgangspunkt i henholdsvis økonomi, personale, pladser mv., så har dette afsnit en tværgående karakter. Strukturen i afsnittet er analysedrevet, idet der er fokus på de faktorer, som bidrager til at øge forklaringskraften i forhold til, hvad der betinger og påvirker kapaciteten i den kommunale indsats over for sindslidende. Analyserne tager afsæt i de allerede præsenterede grundtal i de tidligere afsnit. Der inddrages dog også yderligere tal fra blandt andet spørgeskemaundersøgelsen, som ikke er blevet præsenteret i de tidligere afsnit.

Kommunernes evne til at udnytte kapaciteten kan komme til udtryk på flere måder, og i dette afsnit gennemgås nogle af de elementer, som har en betydning, fx belægningsprocent, ventetid i forbindelse med sagsbehandling og visitation samt manglende flow i overgange mellem den regionale psykiatri og de kommunale tilbud. Det er afgørende for kommunernes kapacitetsudnyttelse, at der i alle led er en fleksibilitet, som kan sikre, at der ikke opstår "uproduktiv" ventetid, der hverken skaber værdi i sagsbehandlingen eller for borgerens forløb. Derudover er det afgørende, at pladserne er så fleksible så muligt, så der ikke i længerevarende perioder bindes kapacitet i specialiserede tilbud. Afsnittet rundes af med en diskussion om, hvad der kan bidrage til at optimere processerne på voksenområdet baseret på de værdistrømsanalyse på typiske borgerforløb, som Rambøll har gennemført i udvalgte casekommuner.

### 5.5.1 Belægning og ventetid

I undersøgelsen har vi bedt kommunerne om at angive belægningsgraden for kommunernes dag- og døgntilbud. I nedenstående tabel er kommunernes svar angivet for perioden 2007-2011. Tabellen viser, at kommunerne i gennemsnit har en belægning på 86 pct. på beskyttet beskæftigelse og 95 pct. på visiterede aktivitets- og samværstilbud for 2011. Set i forhold til belægningen i 2007 er der tale om et lille fald for begge dagtilbudstyper. For kommunerne botilbud for midlertidige og længerevarende botilbud er belægningsprocenterne på hhv. 80 og 91 pct., hvilket også er mindre end i 2007. Størst er faldet på belægningsprocenten for de midlertidige botilbud.

**Tabel 5-28: Kommunernes vurderinger af de gennemsnitlige belægningsprocenter for aktivitets- og botilbud (efter servicelovens §§ 103 og 104 samt §§ 107 og 108), 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	Udvikling 2007-2011
<b>Beskyttet beskæftigelse (§ 103)</b>	88	87	88	88	86	-2 pct.point
Konfidensinterval	78-99 %	77-98 %	78-97 %	79-97 %	76-97 %	
<b>Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)</b>	97	96	97	94	95	-2 pct.point
Konfidensinterval	91-102 %	90-102 %	91-102 %	87-101 %	90-101 %	
<b>Midlertidigt botilbud (§ 107)</b>	85	85	84	82	80	-5 pct.point
Konfidensinterval	74-96 %	74-96 %	74-95 %	71-93 %	68-92 %	
<b>Længerevarende botilbud (§ 108)</b>	94	95	95	95	91	-3 pct.point
Konfidensinterval	88-100 %	88-101 %	89-101 %	90-100 %	84-99 %	

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger.

Note: N2007=33, N2008=33, N2009=35, N2010=37, N2011=40

Nedenstående tabel viser kommunernes vurdering af antallet af dage fra en sag bliver åbnet til selve visitationen samt fra visitationen til påbegyndelsen af tilbuddet. Opgørelsen viser, at der, hvad angår den socialpædagogiske bistand, i gennemsnit går ca. en måned i begge faser. Vurderingen ud fra de kvalitative interviews er, at ventetiden er væsentlig længere i mange kommuner, men også at der i alle tilfælde bliver stillet midlertidige tilbud til rådighed, som fx gruppebaseret støtte i et dagtilbud. Der går væsentlig kortere tid i processen for den opsøgende § 99-indsats, mens sagsbehandlingstiden og tiden fra ydelsen bliver visiteret, til at borgeren kan starte i tilbuddet, er længst i forbindelse med tildelingen af botilbudspladser.

**Tabel 5-29: Kommunernes vurderinger af antallet af dage fra åbning af sag til visitation, og fra visitation til påbegyndelse af tilbud, opdelt på typer af tilbud**

	Antal dage fra åbning af sag til afgørelse/visitation	Antal dage fra afgørelse/visitation til påbegyndelse af tilbud
<b>Socialpædagogisk bistand (§ 85)</b>	35 dage	30 dage
<b>Støtte- og kontaktperson (§ 99)</b>	10 dage	7 dage
<b>Beskyttet beskæftigelse (§ 103)</b>	29 dage	21 dage
<b>Visiterede aktivitets- og samværstilbud (§ 104)</b>	31 dage	15 dage
<b>Midlertidigt botilbud (§ 107)</b>	48 dage	55 dage
<b>Længerevarende botilbud (§ 108)</b>	49 dage	52 dage

Kilde: Oplysninger fra kommunerne og egne beregninger

Note: N=33

### 5.5.2 Færdigbehandlede patienter

Kommunernes generelle medfinansiering af den regionale psykiatri er belyst i afsnittet vedr. økonomien. Udover denne generelle medfinansiering, som kun til en vis grad kan styres af kommunerne i form af forebyggende tilbud, er der medfinansiering på færdigbehandlede patienter efter de faste DRG-takster, der i 2011 udgjorde 1.834 kr. pr. døgn for en færdigbehandlet patient, der er klar til udskrivning, men som ikke kan udskrives, før kommunen kan modtage dem.

De færdigbehandlede patienter kan dermed ses som en indikator for på kommunernes evne til at koordinere med den regionale psykiatri og dermed kapacitetsstyre. I den nedenstående tabel ses antallet af færdigbehandlede senedage og udskrivinger sammen med de udgifter, som kommunerne har på området. Tallene viser, at udgiften i 2011 var på ca. 50 mio. kr., hvilket er et fald på ca. 40 pct. siden 2007. Det største fald er i antallet af senedage, hvilket indikerer, at det er lykkedes at nedbringe den gennemsnitlige længde på indlæggelser af færdigbehandlede patienter.

**Tabel 5-30: Den kommunale medfinansiering af færdigbehandlede patienter, 20-65-år, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Udgifter (mio. kr.)	86,0	89,6	86,0	68,1	50,7	-41 %
Sengedage	49.050	49.548	46.751	36.698	27.095	-45 %
Udskrivinger (antal patienter)	936	978	899	779	664	-29 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger

I nedenstående tabel er tallene opdelt pr. region og opgjort pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i hver region. Tallene viser, at der er store forskelle mellem kommunerne i de fem regioner. Kommunerne i Region Hovedstaden har i gennemsnit det markant højeste antal af sengedage med færdigbehandlede patienter i 2011 (på 13,8 voksne pr. 1.000 indbyggere), mens Region Nordjylland følger efter med et gennemsnitligt antal pr. 1.000. indbyggere på 7,5. I de øvrige tre regioner ligger niveauet mellem 4,2 og 4,9. På tværs af alle regioner er det dog lykkedes at nedbringe antallet siden 2007.

**Tabel 5-31: Sengedage pr. 1000 færdigbehandlede patienter, 20-65-år, pr. region, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	25,6	25,6	23,7	18,0	13,8	-46 %
Sjælland	11,9	11,8	13,2	6,2	4,3	-64 %
Syddanmark	4,7	4,9	4,8	6,5	4,2	-11 %
Midtjylland	10,8	10,8	9,0	7,0	4,9	-54 %
Nordjylland	10,5	11,2	10,1	9,8	7,5	-29 %
I alt	14,2	14,3	13,4	10,5	7,8	-45 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger

I nedenstående tabel er tallene for udskrivinger opdelt på regionsniveau og opgjort pr. 1.000 indbyggere i kommunerne i hver region. Tallene viser, at der for 2011 er mellem 0,1 og 0,3 udskrivinger pr. 1.000 indbyggere af færdigbehandlede voksne. Kommunerne i Region Hovedstaden har i gennemsnit det højeste antal. Samlet set er der fra 2007-2011 sket et fald i antallet på 30 pct., og den eneste region, som ikke har et fald i det gennemsnitlige antal, er Region Nordjylland.

**Tabel 5-32: Færdigbehandlede voksne (udskrivinger) pr. 1000 pr. 20-65-årige, pr. region, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	-21 %
Sjælland	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	-27 %
Syddanmark	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	-45 %
Midtjylland	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	-50 %
Nordjylland	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	3 %
I alt	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	-30 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger

I nedenstående tabel er tallene for den gennemsnitlige varighed af forløb for færdigbehandlede patienter opgjort på regionsniveau. Tallene viser, at en færdigbehandlet patient i gennemsnit har ca. 40 sengedage i 2011. Højest er tallet i Region Hovedstaden (46,4 sengedage), mens de korteste gennemsnitlige ophold er i Region Sjælland (28,7 sengedage). Kommunerne i Region Syddanmark har fra 2007-2011 oplevet en stigning i antallet af gennemsnitlige sengedage pr. udskriving for færdigbehandlede patienter på 64 pct., mens der i de øvrige kommuner er sket et fald. På landsplan er antallet af sengedage før udskriving af færdigbehandlede og udskrivningsparate voksne faldet med 22 pct., hvilket svarer til ca. 12 dage.

I analysen af kapaciteten i psykiatrien peges der på, at en del af sengekapa- citeten i den regionale psy- kiatri optages af patienter, der er færdigbehandlede, men som ikke kan udskrives, fordi der mangler passende kommunale tilbud (Analyse af kapaciteten i psykiatrien, Deloitte 2012). En anden udlægning af dette forhold er, med udgangspunkt i de kvalitative kommunecasestudier, at regionerne ikke har den fornødne viden om de kommunale støttetilbud, der kan gives.

I 2009 gennemførte Dansk Sundhedsinstitut (DSI) en undersøgelse for KL med fokus på, hvordan opga- verne i hjemmesygeplejen har udviklet sig over en periode på 10 år. Der blev foretaget statistiske ana- lyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder samt foretaget interview med 21 erfarne hjemme- sygeplejersker. Hjemmesygeplejerskerne fortalte bl.a., at de havde fået flere opgaver med at tilse og pleje borgere udskrevet fra psykiatriske sygehuse, give dem medicin og følge op på, om borgere med psykiske vanskeligheder fik den relevante hjælp. Den markante vækst i den ambulante aktivitet og de faldende liggetider tyder på en øgning af opgaverne i hjemmesygeplejen. Undersøgelsen siger dog ikke noget om omfanget af opgaver i hjemmesygeplejen – og dermed heller ikke noget om omfanget af op- gaveledning (DSI 2009).

**Tabel 5-33: Sengedage pr. færdigbehandlet voksen (udskrivning) pr. 20-65-årige, pr. region, 2007-2011**

	2007	2008	2009	2010	2011	2007-2011 (i pct.)
Hovedstaden	67,9	63,6	75,7	58,3	46,4	-32 %
Sjælland	58,3	53,7	55,1	35,1	28,7	-51 %
Syddanmark	19,1	21,1	19,6	32,4	31,3	64 %
Midtjylland	47,2	44,9	40,9	43,4	43,5	-8 %
Nordjylland	54,0	53,2	44,4	46,3	37,4	-31 %
I alt	52,4	50,7	52,0	47,1	40,8	-22 %

Kilde: Statens Serum Institut (eSundhed) og egne beregninger

### 5.5.3 Optimering af processer

Ligesom på børn- og ungeområdet har Rambøll også på voksenområdet foretaget en række værdi- strømsanalyser med henblik på at kortlægge nuværende processer og fremadrettede muligheder. Som tidligere beskrevet var værdistrømsanalysernes formål at afdække de faktiske processer, herunder tids- forbrug, ansvarsskift, koordinering mv. sammen med nøgleaktører på området, hvorefter der blev iden- tificeret forbedringsforslag til effektivisering af processen og koordineringen. På baggrund af værdi- strømsanalysen vurderer Rambøll, at der er tre centrale muligheder for kapacitetsudnyttelse på voksen- området:

- Bedre adgang til hinandens informationer, fx via fælles IT-systemer
- Integreerede indsats
- Akutfunktion.

Den første mulighed for kapacitetsudnyttelse er forbundet med at skabe en bedre adgang til informatio- ner på tværs af sektorer og forvaltninger. Værdistrømsanalyserne viser, at der sker dobbelthenvendel- ser i henholdsvis region og kommune, uden at der på nuværende tidspunkt er mulighed for at tjekke, hvorvidt borgeren samtidig med sin henvendelse i den regionale psykiatri indgår i forløb i det kommunale system. Det kan både betyde, at der køres parallelle forløb i de to sektorer, uden de to sektors vi- dens herom. Det kan også betyde, at borgeren falder mellem de sektorer og dermed ingen indsats får og først senere "opdages" igen, hvor behovet for hjælp er blevet lang mere omfangsrigt. Derfor vil bed- re adgang til information via fælles IT-systemer, som gør det muligt at dele informationer om borgeren med andre aktører, være medvirkende til både at hindre dobbelthenvendelser, ligesom det også skaber en bedre integreret fælles viden om borgeren på tværs af de involverede aktører.

I tråd med dette, viser analyserne for det andet, at der er muligheder forbundet med i højere grad at integrere indsatser fra henholdsvis kommune og region. Der er lang ventetid, fra udredningen i den regionale psykiatri påbegyndes, til den endelige sagsbehandling i kommunen går i gang. Kommunen afventer altså udredning i psykiatrien, hvorfor der ikke igangsættes en kommunal indsats for borgeren i mellemtiden. Det skaber øgede ventetider for igangsættelse af indsats.

For det tredje indikerer værdistrømsanalyserne, at kommunerne mangler handlemuligheder uden for normal arbejdstid. Der peges derfor på en 24-timers akutfunktion til de såkaldte "svingdørpatienter". Analysen viser, at funktionen eksempelvis kan være i form af telefon, skype eller lignende kontaktmuligheder.

## **5.6 Barrierer og muligheder**

Kortlægningen af den kommunale organisering, planlægning og prioritering af tilbud samt tilrettelæggelse af sagsgange i indsatsen overfor voksne med psykiske vanskeligheder har givet en række bud på, hvad der særligt udgør barrierer for en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet. Ligeledes er der identificeret en række initiativer, hvor der vurderes at være mulighed for at sikre med effektiv kapacitetsudnyttelse.

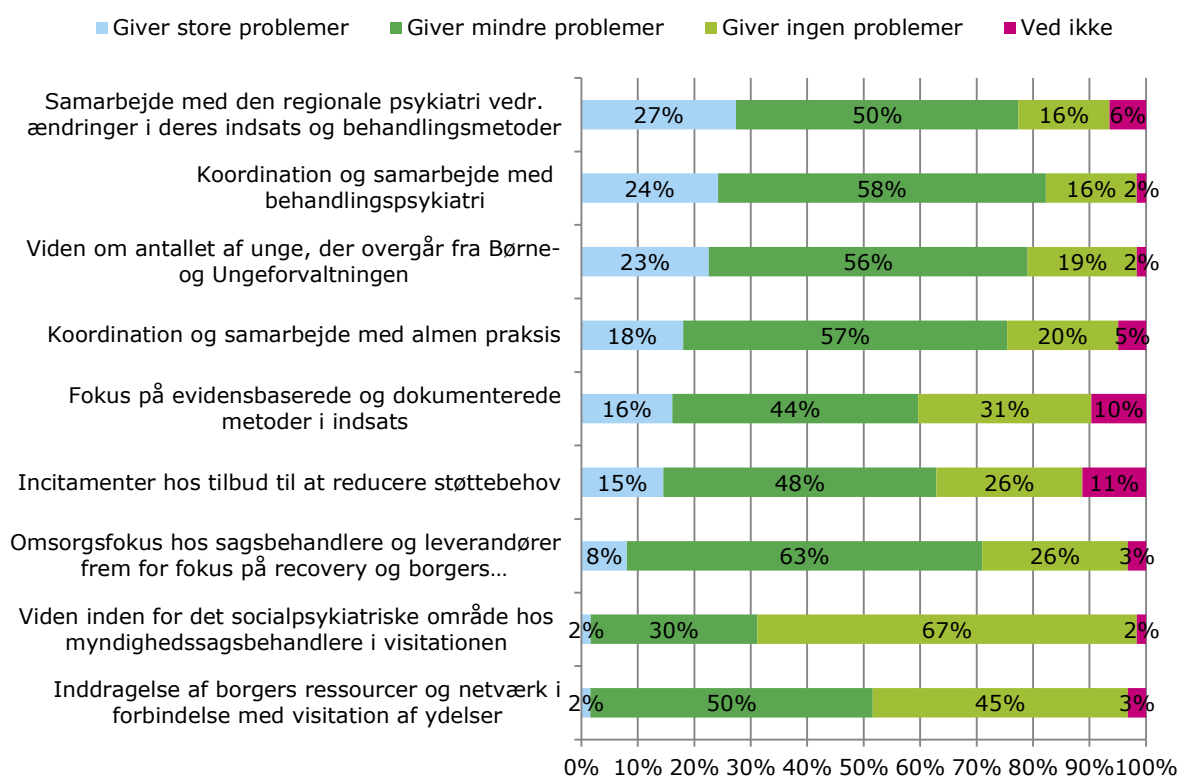
I de følgende afsnit beskrives barrierer og muligheder for optimering af kapacitetsudnyttelsen inden for de eksisterende rammer med udgangspunkt i den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, kvalitative udsagn fra de udvalgte casekommuner samt eksisterende forskning på området.

### **5.6.1 Barrierer**

Figur 5-10 nedenfor illustrerer de barrierer, kommunerne ser i forhold til at sikre en god planlægning, udnyttelse og sammensætning af kapaciteten for voksne borgere med psykiske vanskeligheder. Der er tre områder, som skiller sig særligt ud som barrierer i forhold til at optimere kapaciteten på voksenområdet. Det første område er samarbejdet med det regionale behandlingssystem – herunder praktiserende læger samt den regionale psykiatri. Det andet område er samarbejdet internt i kommunen mellem børne- og familieforvaltningen og voksenforvaltningen, hvor det hos flere kommuner giver problemer, at man mangler viden om de børn, som overgår fra børn- og ungeområdet. Det tredje område knytter sig til det manglende fokus på evidens og dokumentation, som flere kommuner udtrykker, udgør en barriere i samarbejdet mellem myndighed og leverandør, og i muligheden for at skabe et større flow gennem systemet.



Figur 5-10: Udfordringer på voksenområdet



Kilde: oplysninger fra kommunerne

Note: N=69

### Samarbejdet med den regionale psykiatri

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 24 pct. af kommunerne vurderer, at samarbejdet og koordinationen med den regionale psykiatri giver store problemer, mens yderligere 58 pct. angiver, at det giver mindre problemer.

*”Ved overgangene er det der, man er allermost sårbar. Specielt efter en lang indlæggelse, hvis der ikke er noget, man kommer ud til. Hvis man bare kommer ud og der ikke er brug for én, så falder jeg tilbage til det, jeg kendte” (citater, borger).*

På trods af at 3/4 af kommunerne vurderer, at samarbejdet med den regionale psykiatri udgør den største barriere, så indikerer udsagnene fra casekommunerne, at der er sket en betydelig forbedring af samarbejdsrelationerne gennem de seneste år. Sundhedsaftalerne udgør rammen for samarbejdet, men derudover er der flere steder sket en lokal konkretisering på praksisniveau i forhold til overgange mellem sektorer.

*”Vi har fastsatte tidsfrister, som vi selv har lavet – og som ligger ud over sundhedsaftalen – og de er meget klare i forhold til fx, hvor lang tid man har til at varsle hinanden om, at en borger udskrives [...] Det går fremad med overholdelsen af tidsfristerne, men vi kan dog lære meget mere af hinanden. Men samarbejdet fungerer bestemt meget bedre end tidligere” (citater, socialchef).*

*”Da jeg blev udskrevet i oktober var både overlægen, min socialrådgiver, mine bostøtte, pårørende og forskellige fra afdelingen med til et møde. Og det er noget af det, jeg sætter allermost pris på, nemlig at alle arbejder samme vej. Jeg synes, jeg har været rigtig meget med til at tilrettelægge mit eget forløb. Og det tror jeg også er vigtigt, altså at der bliver lyttet til, hvad den enkelte har brug for” (citater, borger).*

Tilsvarende vurderer 27 pct. af kommunerne, at samarbejdet mere konkret i forhold til udviklingen i indsats og behandlingsmetoder giver store kapacitetsproblemer, mens 50 pct. vurderer, det giver mindre problemer. Baseret på udsagn fra de kvalitative casestudier vurderes det, at en betydelig del af udfordringerne er forbundet til forventningsafstemningen af, hvilket kommunalt støttetilbud en borger skal modtage efter færdigbehandling i den regionale psykiatri. I flere af kommunerne oplever man en manglende forståelse for kommunernes visitationskompetence og for det øgede strategiske fokus på at give mindre indgribende tilbud. Det giver nogle udfordringer i arbejdet med borgerens evt. pårørende, som oplever at få modstridende udmeldinger om, hvad der er et dækkende tilbud, hvilket i sidste ende kan medføre, at borgeren tildeles et mindre tilbud, der er visiteret med udgangspunkt i den periode, hvor borgeren har det allerværst.

*“Et af de svære spørgsmål i samarbejdet med regionen er, hvordan vi får regionen til at arbejde i samme retning som os i forhold til at rykke flere fra “døgn” til “dag”. De skal være bedre til at se, at borgeren kan være raske nogle gange” (cit. leder af leverandørheden).*

### **Overgange fra børn- og ungeområdet**

En barriere for kapacitetsudnyttelse, som der også er cirka en ¼ af kommunerne, der nævner som et stort problem, er viden om, hvilke sager der kommer fra børn- og ungeområdet. Der er flere forhold, som med udgangspunkt i udsagn fra de kommunale casestudier har betydning for, at overgangene fra børne-/ungeområdet til voksenområdet kan volde problemer. Den primære årsag er den organisatoriske opdeling af de to områder, som man finder i mange kommuner, da områderne lovgivningsmæssigt er reguleret efter forskellige dele af serviceloven. Det giver nogle forskelle i kulturer og måder at se sagerne på, der kan opleves som udfordrende for borgere og de pårørende, og det giver en risiko for, at der er vigtig viden, som ikke bliver overleveret.

Baseret på udsagn fra de kvalitative casestudier er det dog et område, man har haft meget fokus på, og flere steder er der aftalt helt klare arbejdsgange for, hvordan man imødekommer udfordringen med, at der dukker socialsager op på borgere, som i forvejen er kendte i børne- og familieforvaltningerne. Overgangen forberedes i flere kommuner allerede fra det 16. år, hvor sagsbehandlere fra voksenområdet inviteres med til fx netværksmøde. Overdragelses- og netværksmøder med deltagelse fra begge forvaltningsområder vurderes generelt at kunne imødekomme de fleste udfordringer, fordi møderne mindsker tab af viden mellem forvaltninger og de øvrige involverede parter samt bidrager til den forventningsafstemning mellem den unge (og dennes forældre) og sagsbehandlerne på voksenområdet, fordi skiftet for mange unge indebærer nye krav og rammebetingelser.

Udover overgangen for de “kendte” borgere fremhæves det i flere kommuner, at den største udfordring i forhold til kapacitetsstyring er de unge, som den almene undervisning evner at inkludere og rumme, og hvor de psykiske vanskeligheder derfor først for alvor kommer til udtryk, efter de har forladt skolen. Disse unge risikerer at falde mellem to stole, fordi det kan være svært at nå den normale udrednings- og overgangsproces, og fordi man i børne- og familieforvaltninger er varsom ved at sætte noget i gang, kort tid inden de overgår til voksenområdet.

### **Samarbejde mellem myndighed og leverandør**

Det tredje område, hvor der opleves udfordringer, er samarbejdet mellem myndighed og leverandør, der dækker over både de udfordringer, som en skarpt defineret BUM-model kan give i forhold til manglende dialog og faglig sparring i forbindelse med oplysning, afgørelse og evt. re-visitation af en sag, og de styringsudfordringer det giver, hvis leverandørerne ikke har tilstrækkeligt fokus på et udviklingsperspektiv i indsatsen.

I forhold til det førstnævnte aspekt af problemstillingen, så opleves det særligt hos leverandørleddet i de kommuner, der følger BUM-modellen<sup>47</sup> stringent, at der kan ske et tab af faglighed og fleksibilitet i sagsbehandlingen, fordi myndighedsbehandlere mangler føling med tilbuddene.

*”Hvis man er en afdeling, der har mere fokus på selve myndighedsopgaven, så kommer man let til at lave en for stiv model. Og det tror jeg måske er sket for en del [af kommunens myndighedsafdeling, red.], så bliver den for bestilleragtig og for lidt dialogorienteret” (leder af leverandørenhed).*

I den forlængelse kan det være en udfordring, at myndighedsafdelingen i flere kommuner dækker bredere end gruppen af borgere med psykiske vanskeligheder, og derfor kan mangle viden om, hvad der er et dækkende tilbud. Den udfordring har man dog i flere kommuner overkommet ved at lave egentlige visitationsudvalg, ligesom man flere steder har rehabiliteringsrådgivere, som kan kvalificere afgørelser – også ud fra et fagligt perspektiv om at give mindst indgribende tilbud.

Det andet aspekt af problemstillingen dækker over den udfordring, at man i nogle kommuner opleder, at leverandører ikke har tilstrækkeligt fokus på udviklingsperspektivet i indsatsen, hvilket kan medføre, at omstillingen til mindre indgribende tilbud bliver langsommere end forventet. Konkret mener 15 pct. af de kommunale socialchefer, at det er et stort problem, at leverandørerne mangler et incitament til at reducere borgers støttebehov, fordi det vil ”undergrave” deres egen jobsituation.

### **Øvrige barrierer**

Af øvrige nævnte barrierer fra casestudierne kan fremhæves kommunernes mulighed for at skaffe ledige boliger, der er billige nok til den del af målgruppen, som er på fx kontanthjælp eller SU. Dette udgør i flere kommuner en væsentlig kapacitetsudfordring, da den hindrer flowet for borgere, som i princippet er parate til at modtage et mindre indgribende tilbud i egen bolig. Udfordringen kommer også til udtryk i forbindelse med nybyggerier af boliger i beskyttede miljøer – som mange unge med psykiske vanskeligheder efterspørger – fordi der er et højt indskud.

Derudover er det en betydelig barriere i forbindelsen med strategien for at rykke borgere til mindre indgribende tilbud, at kommunernes bostøttekorps har svært ved at rumme efterspørgslen, hvilket flere steder medfører ventetider på ½-1 år. I denne periode gives tilbud af mere midlertidig karakter – fx tilbydes gruppeforløb eller deltagelse i dagcenter – men flere leverandører og myndighedsbehandlere fremhæver, at det kan have den utilsigtede konsekvens, at et borgerforløb forlænges eller besværliggøres unødigt, hvilket kan resultere i et behov for en mere indgribende indsats.

## **5.6.2 Muligheder**

Afsnit 5.1-5.5 demonstrerede, at der er betydelige forskelle på niveauet for den kommunale kapacitet og kapacitetsudnyttelse på tværs af landets kommuner. Disse forskelle kan skyldes tværkommunale forskelle i borgergruppens tyngde, kommunernes serviceniveau samt øvrige rammebetingelser. Det må dog også forventes, at en del af den variation kan tilskrives evnen til at udnytte muligheden for kapacitetsoptimering. I dette afsnit beskrives de muligheder og potentialer, som kommunerne arbejder med i bestræbelserne på at højne kapacitetsudnyttelsen.

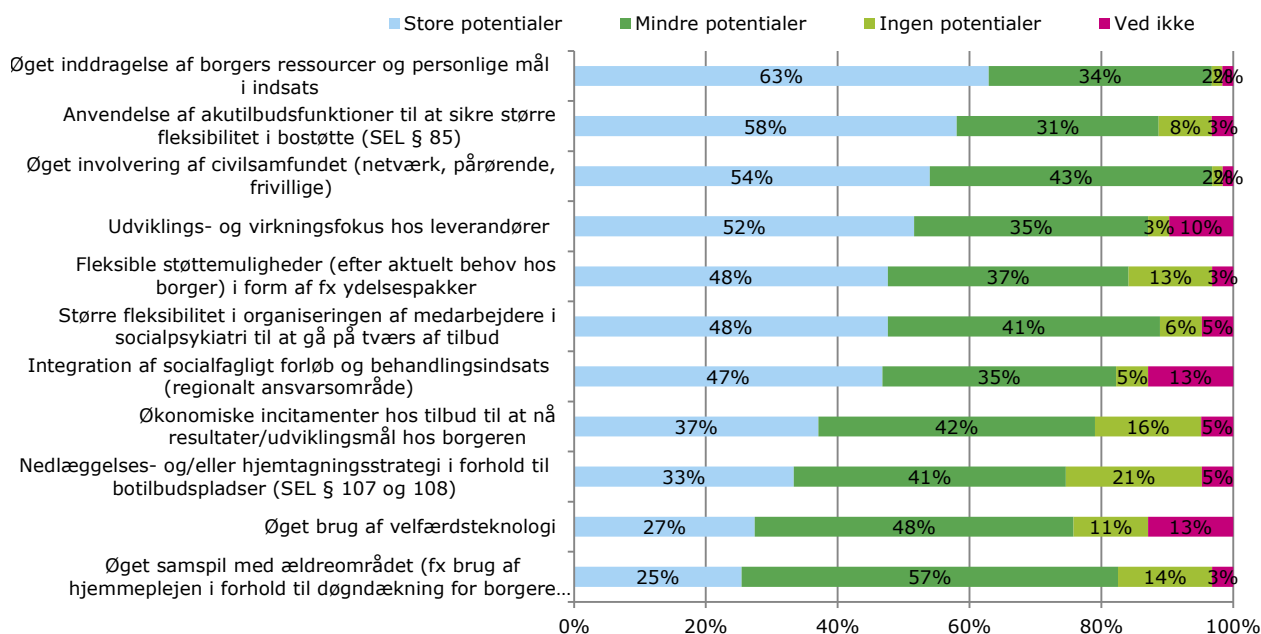
Figur 5-11 viser, hvor de ansvarlige for området i kommunerne ser de største potentialer inden for de eksisterende økonomiske rammer. Overordnet er der tre områder, som skiller sig ud, når kommunerne fremhæver deres muligheder for at optimere kapaciteten. For det første er det en øget inddragelse af de ressourcer, der ligger hos borgeren, borgerens netværk og det øvrige civilsamfund. For det andet handler det om at skabe en større fleksibilitet i den kommunale tilbudsvifte ved at omlægge fra ”døgn” til ”dag” og etablere nye tilbud, der bedre imødekommer borgernes behov, som ikke er statisk, men æn-

---

<sup>47</sup> (Bestiller-, Udfører-, Modtagermodellen)dækker over en organisationsmodel, hvor myndighedsfunktionen – med budgetansvar og visitationskompetencen – er adskilt fra udførerdelen, som har ansvar for den daglige drift og planlægning af de leverede ydelser.

drer sig over tid. For det tredje ser kommunerne et perspektiv i at få et øget fokus på tidsbestemte ydelser, hvor der fra myndighed til leverandør ønskes et udpræget fokus på opstilling, vurdering og evaluering af borgernes udviklingsmål.

Figur 5-11: Muligheder på voksenområdet



Kilde: oplysninger fra kommunerne

Note: N=69

### Inddragelse af borgere, det nære netværk og civilsamfundet i indsatsen

Det område, hvor flest kommuner (63 pct.) ser et stort potentiale, er øget inddragelse af borgernes ressourcer og personlige mål i indsatsen. Grundlæggende snakker flere ledere i den kommunale indsats for, at der sker en overgang fra mindre rettighedstænkning til mere behovstænkning, hvor borgerne er mere involverede i at opstille egne mål og tage større ansvar for eget forløb og udvikling.

*”Vi går fra meget rettighedstænkning til mindre rettighedstænkning, hvor flere får lige præcis det, de har brug for, og færre får for meget, og færre får for lidt ” (citater, leder kommunalt tilbud).*

Dette ligger i naturlig forlængelse af den recovery- og social rehabiliteringstendens, som aktuelt kendetegner det kommunale ansvarsområde i indsatsen for borgere med psykiske vanskeligheder. Herunder kan også ses fokus på øget involvering af civilsamfundet, som 54 pct. af de kommunale respondenter i spørgeskemaundersøgelsen ser et stort potentiale i at forøge. Konkret nævner flere kommuner, at man arbejder efter en strategi, hvor man forsøger at binde støtten op på de eksisterende ressourcer i borgers liv og nære netværk i civilsamfundet. Herunder søges der at udbygge partnerskaber med lokale virksomheder, uddannelsesinstitutioner og frivillige.

Udover de faglige argumenter for at binde indsatsen tættere op på civilsamfundet for bedre at kunne inkludere mennesker med psykiske vanskeligheder i samfundet, er man i de kommunale socialforvaltninger meget bevidste om, at det kan frigøre kapacitet på området, hvis man kan blive bedre til at involvere civilsamfundet. Derudover forventer flere kommunale leverandører (indenfor særligt §§ 103 og 104), at et øget samarbejde med lokale virksomheder vil kunne bidrage til at skabe et større flow. Dette underbygges også af SFI's kortlægning af beskyttet beskæftigelse (efter servicelovens § 103) fra 2009, der viser, at mennesker med sindslidelse er den gruppe, hvorfra flest kommer videre til ordinær be-

skæftigelse på støttede eller almindelige vilkår. Det vurderes i SFI-rapporten, at beskyttede værksteder udgør et vigtigt mellemlid i disse personer recoveryproces, og at deres rolle og funktion med fordel kan videreudbygges. Herunder ligger der en væsentlig opgave for værkstederne selv i at sætte fokus på, hvordan borgens udvikling kan understøttes, så målet om udslusning til det almindelige jobmarked kan nås for flere (SFI, 2009: 97-98).

En af forudsætningerne for at kunne indfri det potentiale, som frivilligområdet rummer i forhold til at optimere kapaciteten, er, ifølge flere kommuner, at man har et kommunalt sikkerhedsnet, der kan koordinere de bidrag, som frivillige og lokale virksomheder yder og støtte op efter behov.

*”Man kan sige, at vi stadig øver os på det [inddragelse af civilsamfundet i indsatsen, red.]. Vi arbejder ikke systematisk med det endnu. Vi omlægger fx nogle af vores personaler til at være livlinier, der står lige dér, hvor borgeren ”dykker”, og de frivillige måske ikke lige kan håndtere det ” (citater, leder af kommunal udførerenhed).*

### **Fleksibilitet i tilbud**

Det andet område, hvor kommunerne kan se store muligheder i forhold til at opnå en højere grad af kapacitetsudnyttelse, er, at sikre en større fleksibilitet i den kommunale tilbudsvifte, så de i højere grad tilpasses borgernes behov, der vil ændre sig fra dag til dag og uge til uge. Det konkrete tiltag, som flest kommuner kan se muligheder i, er etableringen af akutfunktioner, som udenfor ”normal åbningstid” kan give borgere med psykiske vanskeligheder et tilbud om kriseintervention i form af enten telefonisk kontakt, personlig rådgivning, midlertidig overnatning eller lignende. 58 pct. af kommunerne finder, at anvendelse af akuttilbudsfunktioner har stort potentiale til at sikre større fleksibilitet i sammenhæng med den kommunale bostøtteordning. Akutfunktioner vurderes dermed at have potentiale til at kunne rumme de borgere, som ellers ville være nødsaget til at modtage et mere indgribende tilbud for at sikre dækning ved udsving i behov.

#### **Boks 5-4: Holbæk Akut Team**

Akuttilbuddets primære opgave er at håndtere borgerens akutte krise samt foretage en vurdering af, om borgeren skal videregives til øvrige tilbud. Tilbuddet udgør altså både et døgnberedskab, der kan forebygge optrapning af en krisesituation, og en kilde til viden om relevante tilbud der kan sikre en mere sammenhængende indsats for borgeren.

Teamet skaber et fleksibelt alternativ til fast bostøtte i eget hjem (§ 85) for personer i akut – men midlertidig - psykisk krise. Derudover har tilbuddet skabt basis for, at borgere kan hjemtages fra døgnbemandede botilbud (§§ 107 og 108), da akuttilbuddet sikrer et døgnberedskab som supplement til bostøtte (§ 85). Det er også erfaringen, at akuttilbuddet forebygger såkaldte omsorgsindlæggelser, hvor borgeren indlægges kortvarigt, fordi der ikke er andre muligheder. Endelig giver tilbuddet borgeren mulighed for at blive i egen bolig og sikrer mindre indgribende tilbud i borgerens recoveryproces.

Et andet tiltag, som 48 pct. af kommunerne vurderer at give store muligheder for at optimere kapaciteten, er, fleksibilitet i de ydelser borgerne visiteres til. Det sker flere steder i form af ydelsespakker, hvor leverandøren har frihed til at tilrettelægge indsatsen inden for nogle rammer fastlagt af myndighedsafdelingen. Flere kommuner fremhæver, at man har gode erfaringer med en opblødning af BUM-modellen<sup>48</sup>, så der er tæt dialog mellem myndighed og leverandør i såvel visitationsprocessen som efter igangsættelsen af indsatsen. Dog pointeres, at der ligger en potentiel risiko for tab af styring, som kan udgøre en kapacitetsudfordring, hvis der lægges for meget kompetence ud til leverandørerne til at afvige fra den på forhånd visiterede ydelse. Denne udfordring forsøges dog imødekommet af regelmæssig opfølgning samt øget fokus på resultatbaseret styring på borgerens udviklingsmål.

<sup>48</sup> (Bestiller-, Udfører-, Modtagermodellen)dækker over en organisationsmodel, hvor myndighedsfunktionen – med budgetansvar og visitationskompetencen – er adskilt fra udførerdelen, som har ansvar for den daglige drift og planlægning af de leverede ydelser.

Til støtte for udviklingen af en større fleksibilitet i de kommunale tilbud og samtidig fastholdelse af en organisationsmodel, der sikrer økonomistyring, kan også ses den modificerede BUM-model, som KL har udviklet<sup>49</sup>. I modellen indgår tre grundelementer: 1) En øget inddragelse af specialistviden i sagsbehandling 2) En samlet og integreret visitation af ydelser, der sikrer helhedsorienteret indsats 3) Større fleksibilitet i leverancen af ydelsen, hvor et større råderum overlades til leverandørerne, så ydelsen kan tilpasses efter behov.

Kommunerne ser også muligheder for kapacitetsoptimering gennem omlægning fra faste boformer (§§ 107 og 108) til mere fleksible støtteformer (efter servicelovens § 85). Reduktionen i antallet af døgnpladser på det samlede psykiatriområde til fordel for en udbygning af støtten til at bo i eget hjem er en del af en længerevarende tendens, der følger Folketingets intentioner for området, og som ifølge Rockwool Fondens Forskningsenhed (2012) kan føres tilbage til starten af 1990'erne<sup>50</sup>. Omlægninger sker bl.a. ud fra en tro på, at de fleste borgere vil have udbytte af et mindre indgribende tilbud, og at det er fordrende for den enkeltes recoveryproces samt flowet i overgangene mellem tilbuddene, at omlægge til mindre institutionsagtige og mere fleksible tilbud.

*"Tanken bag vores psykiatriplan er, at flere vil kunne få det bedre, og nogen vil kunne komme sig [...] Og så skal ressourcerne bruges bedre. Det er centralt, at man kan flytte sig imellem systemer, så borgeren ikke låses fast ud fra fx, hvor de bor" (cit. socialchef).*

Omlægningen fra "døgn" til "dag" sker i flere kommuner ved at ændre gamle boformer til nye botilbudslignende pladser efter Almenboligloven. Konkret kan dette komme til udtryk ved at boligerne organisatorisk adskilles fra institutionsmiljøet, men fortsat vil have den fysiske nærhed til stedet, eller det sker ved udflytning til andre fysiske rammer, hvor borgerne i et boligfællesskab vil blive tilbudt socialpædagogisk støtte og bistand, men efter en lavere normering.

### **Fra omsorgs- til udviklingsfokus**

Det tredje område, hvor kommunerne i deres besvarelse indikerer, at de ser et større potentiale for at optimere kapaciteten er i forhold til at bringe et større udviklingsfokus ind i leverandørernes støtte til borgere med psykiske vanskeligheder. 52 pct. af de kommunale socialchefer mener, at det rummer et stort potentiale i kapacitetsøjemed, hvis der kan komme mere fokus på virkningsfulde indsatser og borgere udviklingsperspektiv hos leverandørledet. I flere kommuner betegner man det som en kulturudviklingsproces, hvor man forsøger at komme væk fra et omsorgsparadigme til et recoveryparadigme. Flere kommuner er i den proces startet med at arbejde efter resultatbaserede styringsprincipper, hvor indsatsen måles og dokumenteres, så eventuelle justeringer af støtten kan ske i tæt dialog mellem myndighed og leverandør. Nogle af de udfordringer, der bliver nævnt for denne proces, er forskellene i faglig baggrund hos leverandører samt vanskelighederne ved at opstille gode mål, der er konkrete nok til at handle efter for en borgers udviklingsproces.

I forlængelse af ovenstående ses også et stort potentiale for optimering af kapacitet, hvis leverandører i højere grad kan anvende evidensbaserede indsatser. Dette har opmærksomhed i bestræbelserne på at kunne skabe et større flow i den kommunale indsats, så flere borgere kan bringes derhen, hvor de kun har behov for et mindre indgribende tilbud eller slet ikke noget tilbud. SFI's kortlægning af den kommunale bostøtteindsats (efter servicelovens § 85) viser, at der er betydeligt potentiale for i højere grad at anvende de evidensbaserede bostøttemetoder, som har været anvendt i forbindelse med Hjemløsestrategien<sup>51</sup>. Kortlægningen viser, at kun 12 pct. af kommunernes myndighedsafdelinger opstiller konkrete

<sup>49</sup> For yderligere beskrivelse af den modificerede BUM-model henvises til KL (2006). *Den modificerede BUM-model – Nye udfordringer på social- og sundhedsområdet*.

<sup>50</sup> Rockwool Fondens Forskningsenhed (2012). *Psykiatri i forandring: På ti år blev antallet af psykiatriske sengepladser halveret* i Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed, dec. 2012.

<sup>51</sup> Metoderne, som der er evidens for virker, er Assertive Community Treatment (ACT), Individual Case Management (ICM) og Critical Time Intervention (CTI). Metoderne er afprøvet i en række større danske kommuner gennem de seneste tre år i forbindelse med strategien for at nedbringe hjemløshed.

krav til bostøtternes metoder, og det konkluderes, at spørgsmålet om den metode, der skal anvendes i bostøtten, i de fleste kommuner er et spørgsmål, der i praksis er overladt til frontpersonalet at afgøre (SFI, 2012: 17). Til støtte for denne konklusion fremhæves resultaterne fra en spørgeskemaundersøgelse blandt bostøtter, som viser, at hovedparten (86 %) anvender de metoder, *de selv* finder relevante i det enkelte tilfælde.

### Øvrige muligheder

Velfærdsteknologiske hjælpemidler i den kommunale indsats for borgere med psykiske vanskeligheder ses kun af cirka ¼ af kommunerne som havende stort potentiale. Vurderingen på baggrund af udsagn fra casekommunerne er langt fra fx ældreområdet i at tænke udnyttelse af velfærdsteknologiske hjælpemidler ind i indsatsen. Der, hvor man er længst, er i udnyttelsen af de sociale medier, hvor flere kommuner aktivt bruger bl.a. Facebook til at informere om støttetilbud og aktiviteter og i visse tilfælde også til at understøtte det løbende kontakt- og relationsarbejde (se best case beskrivelse fra Slagelse Kommune i Bilag 1). Derudover er der også flere kommuner, som er startet op med at bruge videokonferencer til tværfaglige møder (som fx netværksmøder med regionen), hvilket frigør betydelig kapacitet for kommuner, hvor de geografiske afstande til den regionale psykiatri er store.

Et andet område, som kun cirka ¼ af de kommunale socialchefer vurderer at rumme et stort potentiale i forbindelse med optimering af kapacitet er øget samspil med ældreområdet i forhold til fx hjemmepleje. SFI's kortlægning af den kommunale bostøtteindsats (efter servicelovens § 85) viser ellers, at samarbejdet mellem § 83- og § 85-støtte er det område, hvor flest borgere finder koordineringen mangelfuld (SFI, 2012: 114). Samme undersøgelser viser også, at hjemmeplejen er den kommunale aktør, som færrest bostøtter vurderer, at de har et godt samarbejde med. I casekommunerne nævnes det forhold, at ældreområdet typisk ligger organisatorisk i en anden forvaltningsenhed end den sociale som en typisk barriere, men flere steder er man tilfredse med samarbejdet og arbejdsdelingen.

## 5.7 Potentialer

Som beskrevet tidligere er kommunerne i gang med en omstillingsproces i forhold til at håndtere flere opgaver i egen bolig og skabe mere fleksible tilbud. Derudover har kortlægningen af ressourceforbrug og aktivitet vist, at der eksisterer forskelle mellem kommunerne. Det indikerer, at der fortsat eksisterer potentialer ved bl.a. at frigøre kapacitet i forhold til længerevarende botilbud gennem ændret organisering og opgavevaretagelse. Der tages i analysen generelt forbehold for eventuelle forskelle i problemtyngde og kvalitet i indsatsen gennem tiden såvel som på tværs af kommunerne, da det ikke er analytisk muligt at afdække inden for de givne analyserammer.

En del af forskellene mellem kommunerne kan dog henføres til en række sociale baggrundsforhold, der kan have betydning for kommunens udgiftsbehov på området. For at tage højde for disse baggrundsforhold har Rambøll foretaget en analyse af, hvilke forhold der statistisk har en signifikant sammenhæng med udgiftsniveauerne<sup>52</sup>. I nedenstående tabel ses en oversigt over, hvilke variable der er inkluderet i analysen samt en angivelse af, om der er statistisk signifikant sammenhæng mellem baggrundsforholdene og udgiftsniveauet:

---

<sup>52</sup> Der er kørt en almindelig lineær regressionsmodel.

**Tabel 5-34: Variable i statistisk analyse af udgiftsforskelle**

Betydende faktor	Målt ved	Betydning: -: ingen signifikant betydning +: positiv signifikant betydning ÷: negativ signifikant betydning
<b>Baggrundsvariable</b>		
<b>Kommunestørrelse</b>	Indbyggertal	÷**
<b>Alderssammensætning</b>	Andel af 18-30 årige af de 18-65 årige	-
<b>Socioøkonomiske forhold</b>	Gennemsnitlig indkomst i kommunen for de 25-59 årige	-
<b>Socioøkonomiske forhold</b>	Andel af befolkningen på førtidspension	-
<b>Boligforhold</b>	Andel, der bor i almennyttig bolig	+**
<b>Yderområder</b>	Andel af befolkningen, der bor i bymæssig bebyggelse	-
<b>Variable, som kan påvirkes af kommunen</b>		
<b>Kapacitet</b>	Pladser på botilbud (§ 107 og 108) til sindslidende beliggende i kommunen pr. 18-65 årige	
<b>Sammensætning af tilbud</b>	Andel af de samlede udgifter, som går til støtte (§85, 97 og 99)	-
	Andel af de samlede udgifter, som går til botilbud (§107 og 108)	-
	Brug af recovery (fra spørgeskemaundersøgelse)	-
	Brug af VUM (fra spørgeskemaundersøgelse)	-
	Brug af forebyggende tiltag (fra spørgeskemaundersøgelse)	-
<b>Voksne med psykiske vanskeligheder</b>	Andel af nytilkendelser til førtidspension, som skyldes psykiske diagnoser	-
	Medfinansieringsudgifter til indlæggelser af voksne i psykiatrien (gennemsnit af 2009-2011)	-
	Medfinansieringsudgifter til ambulante besøg for voksne i psykiatrien (gennemsnit af 2009-2011)	-

Note: \*\*: Signifikant på 95 % niveauet

Analysen viser, at følgende forhold har signifikant betydning for udgifterne pr. 18-65-årig:

- Indbyggertal
- Andel, der bor i en almennyttig bolig.

Den samlede model kan forklare 15 pct. af variationen mellem kommunerne.

De målte udgiftsforskelle er således korrigeret for betydningen af forskellige baggrundsforhold. Rambøll har i analysen lagt særlig vægt på at identificere den *generelle* betydning af baggrundsforhold samlet set, da analysens fokus især har været rettet mod at identificere, hvilken del af den kommunale udgiftsvariation, som *ikke* kan henføres til sådanne baggrundsforhold. . Det er Rambølls vurdering, at størrelsesordenen af den uforklarede variation ikke ændrer sig mærkbart ved inddragelse af forskellige andre baggrundsforhold, som Rambøll har haft mulighed for at teste inden for rammerne af denne analyse.

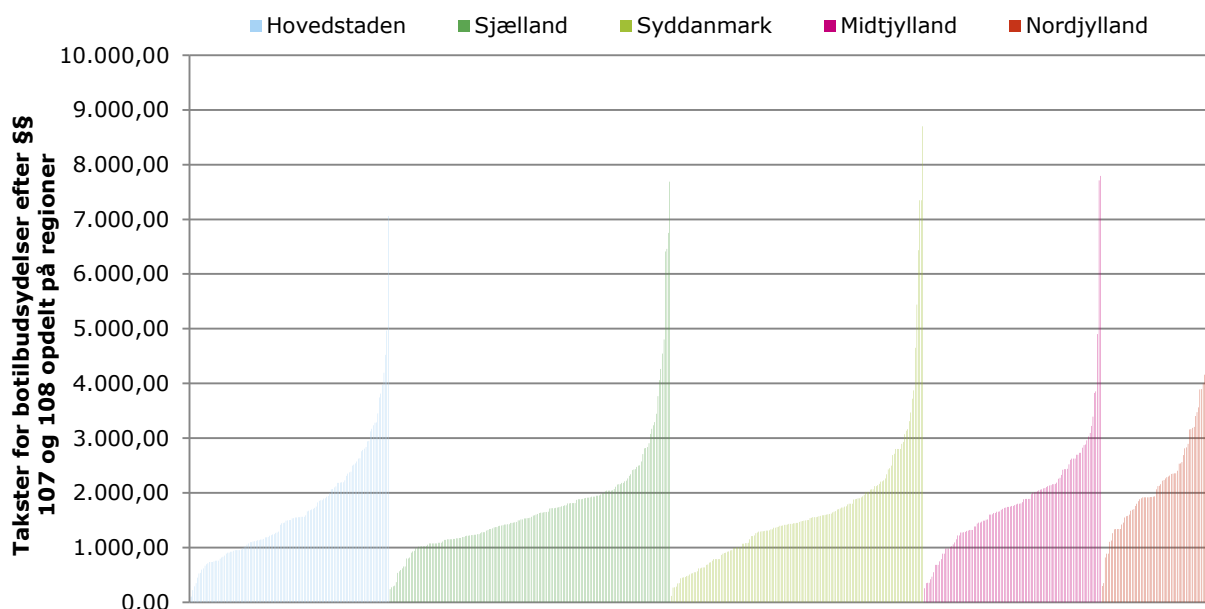


Analysen viser, at der ikke er en direkte sammenhæng mellem medfinansieringsudgifter og kommunale udgifter til målgruppen. Rambøll har ligeledes analyseret, hvorvidt omfanget af støtte i eget hjem hænger sammen med det samlede udgiftsniveau, men det er heller ikke tilfældet. Vi kan således ikke underbygge sammenhængen om, at øget støtte i eget hjem hænger sammen med lavere udgifter til botilbud. Dette kan dog også skyldes, at udgiftsvirkningerne af en sådan omlægning først kan forventes at vise sig med fuld styrke over en længere tidshorizont. Analysen viser endvidere, at de demografiske og sociale baggrundsforhold kun kan forklare en begrænset del af variationen mellem kommunerne.

For voksne med psykiske vanskeligheder udgør den samlede variation mellem kommunerne, når der tages højde for signifikante baggrundsforhold 290 mio. kr., hvis det antages at kommunerne over gennemsnittet kan reducere deres udgifter til gennemsnittet. Analysen siger ikke noget om, hvorvidt en udjævning af den uforklarede variation udgør effektiviseringspotentiale eller en harmonisering af serviceniveauer.

Analysen har ligeledes vist, at der er betydelige forskelle i taksterne på botilbud til målgruppen. I nedenstående figur har vi set på fordelingen af takster på alle botilbud, der henvender sig til voksne med psykiske vanskeligheder, fordelt på kommunerne i de fem regioner:

**Figur 5-12: Takster for botilbudsydelser efter servicelovens §§ 107 og 108 opdelt på regioner (voksne med psykiske vanskeligheder)**

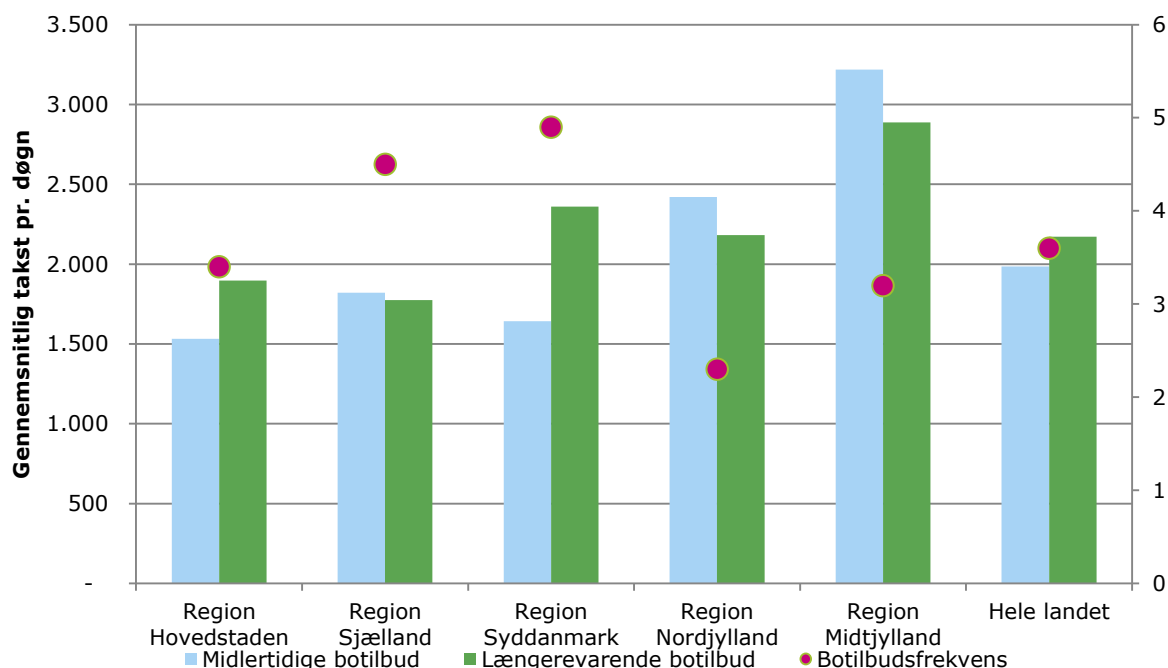


Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger

Figuren illustrerer, at der er tydelig variation i taksterne – og at variationen genfindes i alle tilbuddene i kommunerne i alle fem regioner. Analysen giver ikke grundlag for at fastslå, i hvilket omfang udgiftsvariationen, der lægger til grund for de videre analyser, er udtryk for et effektiviseringspotentiale eller for forskelle i serviceniveau og kvalitet mellem kommunerne.

I nedenstående tabel har vi set på den gennemsnitlige takst i kommunerne i de fem regioner – og forholdt det til det samlede antal personer på botilbud:

**Figur 5-13: Gennemsnitstakster for botilbudsydelser efter servicelovens §§ 107 og 108 opdelt på regioner samt antal borgere på botilbud pr. 1.000 18-65-årige**



Kilde: Tilbudsportalen og egne beregninger

De røde cirkler i figuren viser det gennemsnitlige antal borgere på botilbud pr. 1.000 18-65-årige i kommunen, mens søjlerne viser de gennemsnitlige takster på botilbud i de fem regioner

Figuren viser, at gennemsnitstaksterne varierer mellem de fem regioner, hvor gennemsnitstaksterne i Region Midtjylland er væsentligt over gennemsnittet, mens taksterne i tilbuddene i kommunerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden i gennemsnit er lavere end landsgennemsnittet. Der ser ikke ud til at være en entydig sammenhæng mellem kommunernes andel borgere på botilbud og priserne på tilbuddene i regionen. Dog ser det ud til at kommunerne i Region Sjælland – der har en høj andel borgere på botilbud – også generelt har lavere takster på deres botilbud. En forklaring på det kan være, at kommunerne i Region Sjælland anvender botilbud til borgere med et lavere støttebehov, som i andre dele af landet ikke vil blive placeret i botilbud. I givet fald hænger det fint sammen med det forhold, at den gennemsnitlige takstpris også er lavere på botilbud i disse regioner. Taksterne på botilbud beliggende i kommunerne i Region Midtjylland er væsentligt højere end landsgennemsnittet og deres antal borgere på botilbud er kun lidt under gennemsnittet. I kommunerne i Region Syddanmark er taksterne på de længerevarende botilbud væsentligt over gennemsnittet, samtidigt med at kommunerne har væsentligt flere borgere på botilbud end landsgennemsnittet.

Botilbuddene skal håndtere borgere med forskellige støttebehov og plejetyngde. Derfor er det naturligt med en vis variation i priserne mellem tilbuddene. Dog vurderer Rambøll, at variationen mellem regionerne ikke direkte kan henføres til forskelle i plejebenhov – og der derfor kan være et potentiale i at få reduceret takstpriserne i kommunerne i nogle regioner – fx gennem mere fleksible løsninger og effektiviseringer af administration mv. på tilbuddene.

Hvis det beregningsteknisk antages, at den gennemsnitlige takstpris i de kommuner i de fem regioner, som ligger over gennemsnittet, kan reduceres til gennemsnittet for kommunerne i de fem regioner, så vil der være et beregningsteknisk potentiale på 153 mio. kr. på midlertidige botilbud og 124 mio. kr. på længerevarende botilbud, hvilket samlet giver et beregningsteknisk potentiale på 277 mio. kr. årligt.

I nedenstående tabel ses en sammenfatning af det identificerede potentiale:

**Tabel 5-35: Illustration af beregningsteknisk potentiale ved tilpasning af udgifter pr. 18-65-årig til gennemsnitsniveau**

Udgift / beregningsteknisk potentiale	
<b>Samlede nettodriftsudgifter i 2011 til voksne med psykiske vanskeligheder</b>	5,8 mia. kr.
<b>Tilpasning af omkostninger til gennemsnitsniveau</b>	
<b>Uforklaret variation mellem kommunerne</b>	<b>290 mio. kr.</b>
Heraf takster til midlertidige botilbud	153 mio. kr.
Heraf takster til længerevarende botilbud	124 mio. kr.

Disse beregninger skal fortolkes med forbehold i lyset af de mangler ved datagrundlaget, som tidligere er beskrevet samt med forbehold for, at det kan være systematiske forklaringer på kommunernes udgiftsforskelle, som ikke er blevet afdækket i denne analyse, jf. ovenfor. Datagrundlaget har, som det er fremgået, ikke givet mulighed for at afdække, i hvilket omfang den uforklarede variation i de kommunale udgiftsniveauer skyldes forskelle i kommunernes serviceniveau (kapacitetsniveau) eller forskelle i kommunernes effektivitet (kapacitetsudnyttelse). Det er derfor ikke muligt at skønne over, i hvilket omfang den ovenstående beregning skal fortolkes som et effektiviseringspotentiale eller et potentiale for serviceharmonisering.

Som tidligere beskrevet, er beregningerne ikke bedre end de data og den model, som er lagt til grund. I det omfang, data er fejlbehæftede eller usikre, eller der måtte være systematiske mangler i den statistiske model, som er anvendt, vil dette påvirke det beregnede potentiale i op- eller nedadgående retning. For at tage højde for denne usikkerhed er de estimerede potentialer dels opgjort på baggrund af data for gennemsnittet af de tre seneste år i analysen (2009-2011), ligesom en lang række af alternative variable er testet for eventuel forklaringskraft.

I nedenstående afsnit gives et par konkrete eksempler på, hvordan kommuner har realiseret et potentiale ved en omlægning af deres indsats.

## Boks 5-5: Kapacitetsjusteringer baseret på recovery og den rehabiliterende tilgang

Kommunerne arbejder i stigende grad med en recoveryorienteret og rehabiliterende tilgang. Recovery betyder "at komme sig", og begrebet bygger på, at mennesker med psykiske vanskeligheder kan komme sig helt eller delvist, få en reduktion af psykotiske symptomer og vende tilbage til et funktionsniveau som før sygdommen. Recovery har i nogle kommuner medført et nyt og mere udviklingsorienteret menneskesyn, en bedre styring og en udvikling af tilbuddene til borgerne.

Den recoveryorienterede og rehabiliterende tilgang betyder, at flere kommuner arbejder med at flytte borgere fra botilbudspladser (jf. servicelovens §§ 107 og 108) til eget hjem med bostøtte (jf. servicelovens § 85). I nedenstående afsnit ses en række konkrete eksempler på, hvordan kommunerne implementerer denne tilgang:

**Frederiksberg Kommune** forventer i budget 2013 at kunne nedbringe antallet af borgere i botilbud efter servicelovens §§ 107 og 108. Det vil kunne medføre en omlægning af indsatsen til udvidet bostøtte til disse borgere. Frederiksberg Kommune estimerer, at omlægningen medfører udgiftsreduktioner på 6,7 mio. kr. årligt, når ændringen er fuldt indfaset i 2016.

**Esbjerg Kommune** er i gang med at omlægge deres socialpsykiatrisk botilbud efter servicelovens § 108-døgnpladser. Botilbuddet er fra 2012 ændret fra et døgntilbud med 51 pladser til et tilbud med 15 pladser. Det har betydet, at 35 borgere skal visiteres til egen bolig med § 85-bostøtte. Omlægningen har betydet, at budgettet kan reduceres med 6,1 mio. kr. om året ved at reducere udgifterne til botilbuddet med 16 mio. kr. årligt. Der afsættes 0,5 mio. kr. til flytteudgifter og 4,6 mio. kr. til § 85-bostøtte. Esbjerg Kommune mister takstindtægter fra andre kommuner ved omlægningen, hvorfor den samlede nettobesparelse er på 6,2 mio. kr. årligt.

**Københavns Kommune** forventer i budget 2013 at kunne få en samlet besparelse på 4,4 mio. kr. årligt ved at skabe et øget flow fra botilbud til eget hjem. Der skal nedlægges 70 pladser, hvor der i dag bor borgere, som på baggrund af voksenudredningsmetoden vurderes at kunne flytte i en mere selvstændig bolig. Borgerne skal i stedet have intensiv hjemmevejleder-støtte (efter servicelovens § 85), hvorfor der ansættes ti ekstra hjemmevejledere.

**Ballerup Kommune** vil med budget 2013 fuldt ud implementere den rehabiliterende metode med udgangspunkt i recovery, som fælles arbejdsmetode i Socialpsykiatrien. Tilgangen har fokus på, at alle borgere med sindslidelser kan få det bedre, og at flere kan tage et større medansvar for eget liv og med tiden få et mindre eller slet intet behov for støtte. Ved at foretage dette paradigmeskifte, som kommunen kalder det, forventes der at kunne ske besparelser på 0,4 mio. kr. årligt.

Nedenstående tabel viser den forventede besparelse ved at flytte flere borgere fra botilbudspladser (jf. servicelovens §§ 107 og 108) til eget hjem med udvidet § 85-bostøtte:

Kommune	Forventet besparelse – fuldt indfaset	Samlet budget til området (2013)	Procentvis besparelse af det samlede område
<b>Frederiksberg</b>	6,7 mio. kr.	372 mio. kr. (dækker også hjemløse og misbrug)	1,8 pct.
<b>Esbjerg</b>	6,1 mio. kr.	616 mio. kr. (dækker også handicapområdet)	1 pct.
<b>København</b>	4,4 mio. kr.	748 mio. kr.	0,6 pct.
<b>Ballerup</b>	0,4 mio. kr.	191,3 mio. kr. (dækker også handicapområdet)	0,2 pct.

#### Boks 5-6: Administrative omlægninger gennem øget digitalisering

I forbindelse med udarbejdelsen af kravspecifikationen for DHUV (Digitalisering af handicap og udsatte voksenområdet) blev der udarbejdet en business case for, hvor meget kommunerne ville kunne spare ved at indføre en effektiv digital understøttelse af deres sagsgange. Analysen pegede bl.a. på følgende effektiviseringspotentialer:

- Mere effektive arbejdsgange (sagsbehandlere)
- Mere effektive arbejdsgange (ledere)
- Lettere adgang til generering og rapportering af data
- Lettere adgang til lokal ledelsesinformation
- Reduktion i gebyrer

Samlet set vurderes at de samlede udgifter kan reduceres med omkring 1 pct. svarende til omkring 273 mio. af det samlede udsatte voksne og handicapområde eller omkring 58 mio. kr. på målgruppen af voksne med psykiske vanskeligheder (baseret på Rambølls beregning af det samlede udgiftsniveau).

Som illustration af hvordan kommunerne indregner denne besparelse kan der tages udgangspunkt i Svendborg Kommune, hvor Socialafdelingen implementerer Voksenudredningsmetoden til sagsbehandling og udredning på det specialiserede socialområde pr. 1. januar 2013. Formålet er at kvalitetssikre og forbedre sagsbehandlingen og samtidigt styrke styringen af området. Samtidigt implementeres KLs principper for økonomisk styring:

- Revisitation – revurdering af borgeres behov
- Øget fokus på visitation og opfølgning i sager uden for kommunen
- Stigning i belægningsprocenter på kommunens egne tilbud.

Svendborg Kommune vurderer, at implementeringen af Voksenudredningsmetoden og de tre konkrete initiativer vil medføre en besparelse på henholdsvis 1,8 mio. kr. i 2014 og 2,3 mio. kr. i overslagsårene, svarende til en procentvis besparelse på omkring 0,9 pct. af kommunens samlede budget på området.

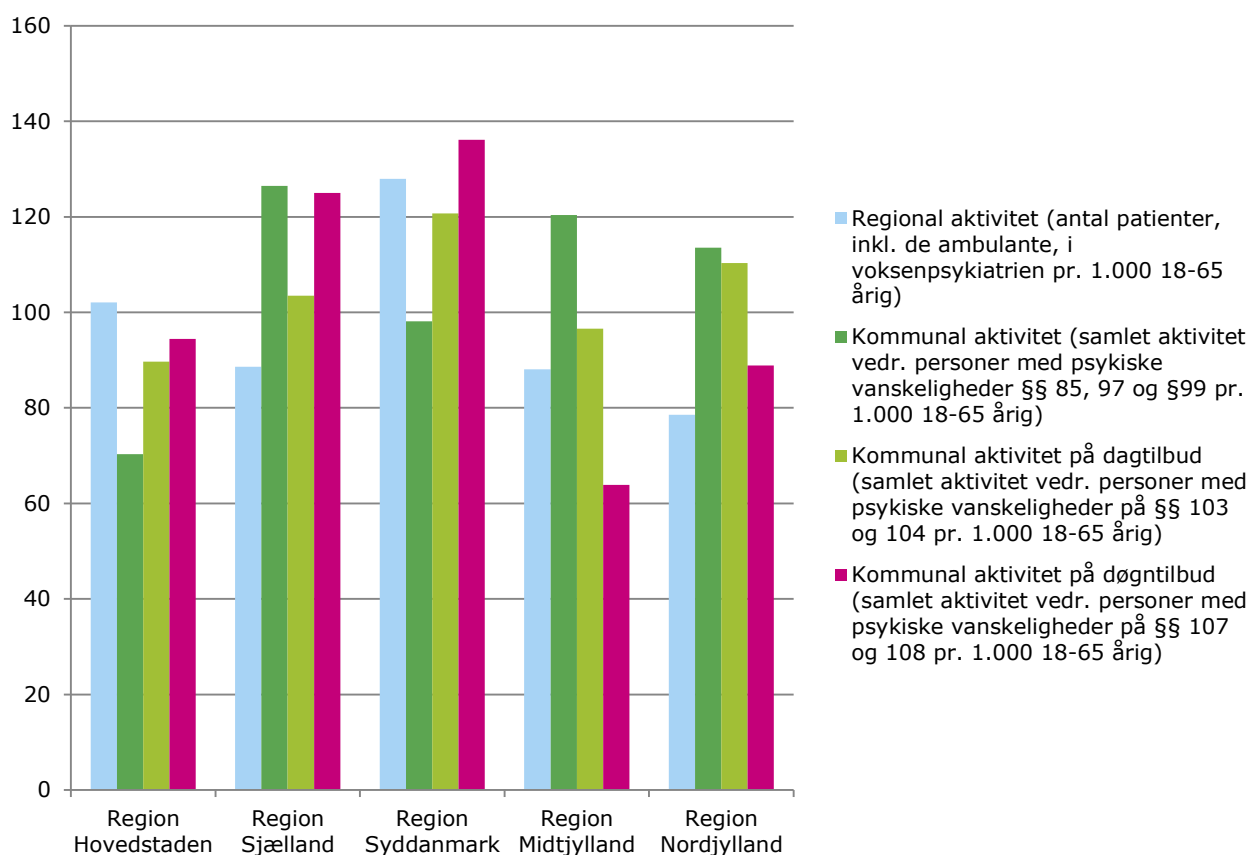
## 5.8 Den samlede kapacitet til voksne

I dette afsnit analyseres den samlede kapacitet på tværs af myndigheder og sektorer – der vedrører voksne med psykiske vanskeligheder. En tidligere analyse har analyseret kapaciteten i den regionale psykiatri og i dette afsnit sammenholdes datagrundlaget fra analysen med det datagrundlag, der er blevet etableret i denne analyse. Den samlede kapacitetsanalyse går således på tværs af regionale og kommunale indsatser og trækker dermed tendenser på tværs af de fem regioner i forhold til aktivitet og pladser på voksenområdet. Ligesom på børn- og ungeområdet har det ikke været muligt at foretage en samlet analyse i forhold til henholdsvis personale og udgifter.

### Regional og kommunal aktivitet

Nedenfor er vist den samlede regionale aktivitet, forstået som patienter i voksenpsykiatrien pr. 1.000 18-65 årig, og den kommunale aktivitet, som er opdelt på henholdsvis §§85, 97 og 99, §§ 103 og 104 samt §§ 107 og 108 pr. 1.000 18-65 årig. For både den regionale og den kommunale aktivitet angiver indeks 100 gennemsnittet på landsplan for både regional og kommunal aktivitet.

**Figur 5-14: Samlet antal patienter i voksenpsykiatrien pr. 1.000 18-65 årig og samlet kommunal aktivitet efter servicelovens §§ 85, 97 og § 99, §§ 103 og 104 samt §§ 107 og 108 pr. 1.000 18-65 årig**



**Note:** Indeks 100 angiver gennemsnittet på landsplan for både regional og kommunal aktivitet

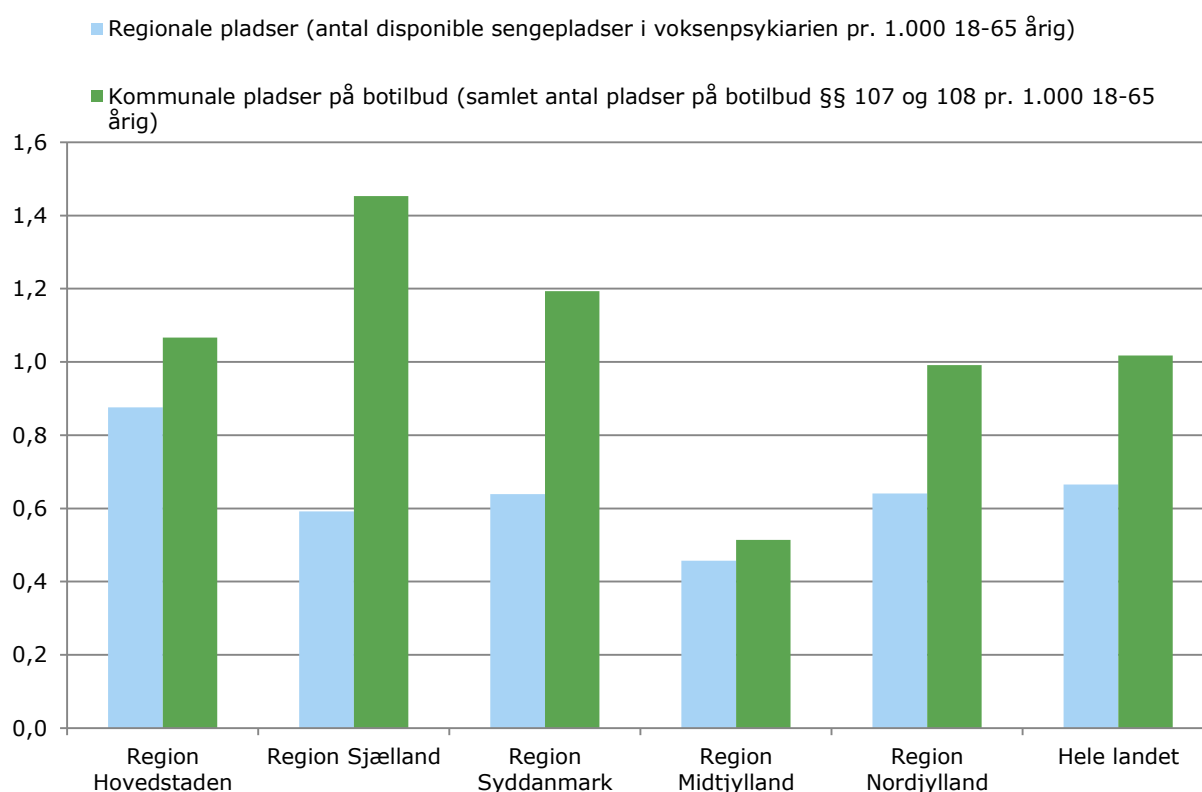
Figuren viser, at der ikke er nogen entydig sammenhæng mellem den regionale aktivitet og den kommunale aktivitet på voksenområdet. Det vil sige, at der ikke er tale om nogen entydig substitutionseffekt mellem fx regionale og kommunale døgntilbud. Faktisk viser tallene, at kommunerne i de to regioner, hhv. Midtjylland og Nordjylland, hvor aktiviteten i den regionale psykiatri er lavest også er dem, som i gennemsnit har den laveste aktivitet i forhold til botilbud efter servicelovens §§107 og 108. Dertil kommer, at kommunerne i de regioner, som har den højeste regionale aktivitet, også er dem, der har lavest aktivitet i forhold til støtte efter servicelovens §§ 85-, 97- og 99-tilbud.

Figuren viser også, at Region Syddanmarks aktivitet i den regionale psykiatri ligger væsentlig over de øvrige regioner. I analysen af kapaciteten i psykiatrien ses det, at antallet af patienter i den regionale psykiatri er steget med 25 pct. fra 2001 til 2011, hvor væksten varierer fra 10 pct. i Region Hovedstaden til mere en 50 pct. i Region Nordjylland (Deloitte 2012). Trods den store vækst for perioden har Region Nordjylland i 2011 fortsat det laveste antal patienter i voksenpsykiatrien.

#### Regional og kommunal kapacitet (pladser)

Figuren nedenfor viser de samlede antal døgnpladser i henholdsvis regionalt og kommunalt regi. Tallene for de regionale pladser er hentet fra analysen af kapaciteten i psykiatrien og er opgjort som antal disponible sengepladser i voksenpsykiatrien pr. 1.000 18-65 årig, mens de kommunale pladser er opgjort som antal pladser på botilbud §§ 107 og 108 pr. 1.000 18-65 årig.

**Figur 5-15: Samlede antal døgnpladser til voksne i regional og kommunalt regi**



Det fremgår af figuren, at Region Midtjylland både har færrest regionale sengepladser i voksenpsykiatrien pr. 1.000 18-65 årig, og kommunerne i Region Midtjylland ligeledes har færrest kommunale botilbudspladser til voksne med psykiske vanskeligheder (jf. servicelovens §§ 107 og 108). Samtidig ligger regionen også et godt stykke under landsgennemsnittet. Region Midtjylland har 0,5 antal sengepladser i voksenpsykiatrien pr. 1.000 18-65 årig, mens kommunerne i Region Midtjylland har 0,5 antal pladser på kommunale døgntilbud (jf. servicelovens §§ 107 og 108) pr. 1.000 18-65 årig. Regionen og kommunerne har dermed næsten samme antal døgnpladser i voksenpsykiatrien som botilbudspladser i kommunen.

Kommunerne i Region Sjælland har de fleste kommunale pladser på botilbud, men et langt mindre antal sengepladser i den regionale voksenpsykiatri. En del af forklaringen på dette vil dog være, at mange kommuner udenfor Region Sjælland sender borgere til døgntilbud i Region Sjælland, og da tallene opgøres på handlekommuneniveau og ikke for myndighedskommunen, vil den kommunale aktivitet (for kommunens egne borgere) formentlig være overvurderet. Kommunerne i regionen har over dobbelt så mange botilbudspladser, som regionen har sengepladser.