



16. januar 2019

Sagsnr.
2019-0002135

Dokumentnr.
2019-0002135-1

Bilag 10 - Analyser af socioøkonomi og diagnoseudvikling på socialområdet

1.0 Hovedkonklusioner

Udsatte børn og unge

- Analysen er udarbejdet af VIVE for Socialforvaltningen og Økonomiforvaltningen.
- Analysen viser, at der i perioden 2009 til 2016 har været en forbedring af de socioøkonomiske vilkår blandt de københavnske børn og unge målt på sandsynligheden for at modtage en foranstaltning. Den forventede andel af udsatte børn og unge i alderen 0-17 år med sandsynlighed for at modtage en foranstaltning er faldet fra 2,21 pct. i 2009 til 1,86 pct. i 2016.
- Analysen viser også en relativ forbedring i København ift. resten af landet. Fra at ligge over landsgennemsnittet i 2009 er den forventede sandsynlighed for, at københavnske børn og unge vil modtage en social foranstaltning i 2016 væsentligt under landsgennemsnittet.
- Rapportens analyse tilsiger – ligesom i rapporten fra 2015 – således samlet set et aftagende behov på området for udsatte børn og unge. Fortsætter denne tendens, vil det indebære en fortsat faldende anbringelsesratio pr. 1.000 børn og unge ved uændret visitationspraksis.
- Socialforvaltningen og Økonomiforvaltningen vurderer, at analysens data ikke giver grundlag for demografiregulering af målgruppen udsatte børn og unge. Socialforvaltningen vurderer dog, at der synes at være sket et skifte i den faktiske udgiftsudvikling siden 2016, dvs. efter rapportens analyseperiode. Forvaltningerne vil følge den fremadrettede socioøkonomiske udvikling på området.

Borgere med sindslidelse

- Den tværgående Analyseenhed har for Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen analyseret udviklingen i psykiatriske diagnosedata og udgifter på området for borgere med sindslidelse. Analysen undersøger udviklingen i 'tyngden' af borgere med en diagnose. Tyngden er målt ved udgifterne til ydelser på sindslidendeområdet under Socialudvalget til diagnosegruppen.
- Analysen viser, at hovedparten af ydelsesmodtagere på sindslidendeområdet under Socialudvalget er registeret med en psykiatrisk diagnose indenfor de sidste 10 år (88 pct.). Ligeledes kan 97 pct. af udgifterne på sindslidendeområdet henføres til borgere registeret med en diagnose inden for de sidste 10 år. Ses der derimod på

Team Budget

Københavns Rådhus, Rådhuspladsen
1
1599 København V

EAN nummer
5798009800206

alle borgere i København med en psykiatrisk diagnose, er det de færreste, 6 pct., der modtager en ydelse i Socialforvaltningen.

- På sindslidendeområdet er der i perioden 2010-2016 samlet set i analysen ikke tegn på en ændring i tyngden af borgere med en psykiatrisk diagnose i kontakt med Socialforvaltningen, når der tages højde for befolkningsudviklingen.
- På det foreliggende grundlag vurderer Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen, at diagnoseudviklingen på området følger den demografiske udvikling. Forvaltningerne vil følge den fremadrettede udvikling på området.

Borgere med handicap

- Den tværgående Analyseenhed har for Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen analyseret udviklingen i handicaprelateret diagnose og udgifter på området for borgere med handicap.
- Der tegner sig et samlet billede af, at de analyserede sammenhænge på handicapområdet er forbundet med betydelig usikkerhed. 2 ud af 3 af Socialforvaltningens ydelsesmodtagere på handicapområdet indgår ikke i data fra landspatientregisteret med en handicaprelateret diagnose indenfor de sidste 10 år. Derudover kan 33 pct. af udgifterne på handicapområdet ikke henføres til konkrete borgere registreret med en diagnose. For yngre borgere er der en bedre sammenhæng mellem ydelsesmodtagere og diagnosticerede i de sidste 10 år. For aldersgruppen 0-17 år kan ca. 60 pct. af ydelsesmodtagerne og 80 pct. af udgifterne henføres til personer registreret med en handicaprelateret diagnose.
- Af alle borgere i København med en handicaprelateret diagnose, modtager 11 pct. en ydelse i Socialforvaltningen.
- Analysens resultater for perioden 2010-2016 varierer afhængigt af, på hvilket niveau diagnoserne grupperes. Analyseres på et overordnet niveau¹ ses en udvikling der følger demografien og analyseres på mere detaljerede niveauer, overstiger tyngden demografien. Analysen viser samtidig, at datausikkerheden stiger betydelig med detaljeringsgraden. Bl.a. varierer enhedspriserne væsentligt afhængigt af, hvilket udgiftsår der tages udgangspunkt i. Følsomhedsanalysen viser således, at særligt diagnose- og hovedgruppeniveauet er vægtet på et for usikkert grundlag.
- Analysen viser samtidig, at Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning fra det socioøkonomiske indeks, der indgår i udligningssystemet, har betydelige mangler. Fx viser analysen, at afgrænsningen ikke medtager centrale udgiftstunge diagnoser. Således opfanges udelukkende 50 pct. af udgifterne på handicapområdet i Socialforvaltningen. Den nuværende socioøkonomiske

¹ Det overordnede niveau er *klassifikationsniveau*, der svarer til en samling af hovedgrupper af diagnoser, mens mere detaljerede niveauer er *hovedgruppeniveau* og *diagnoseniveau* (den enkelte diagnose).

korrektion er baseret på Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning.

- Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen vurderer, at der ikke kan findes støtte til den aktuelle negative socioøkonomiske regulering i analysen. Samtidig vurderes det, at det for indeværende ikke er muligt at lave en robust socialøkonomisk regulering baseret på diagnoser. På den baggrund vil Økonomiforvaltningen i samarbejde med Socialforvaltningen udarbejde forslag til tilpasning af demografimodellen på handicapområdet, hvor den negative korrektion som følge af socioøkonomi ikke indgår. Tilpasningen forelægges Økonomiudvalget med demografiindstillingen i april 2019.
- Socialforvaltningen og Økonomiforvaltningen vil desuden arbejde videre med at afdække særskilte udfordringer på handicapområdet, der kan danne grundlag for diskretionære budgetnotater, som kan indgå i kommende budgetforhandlinger.

2.0 Baggrund for analyserne

Udsatte børn og unge

Med demografiindstillingen til budget 2019 den 24. april 2018 redegjorde Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen for udviklingen i udgifterne til området for udsatte børn og unge. Forvaltningerne iværksatte ligeledes en opdatering af analysen af det socioøkonomisk betingede udgiftsbehov på området for udsatte børn og unge, som Københavns Kommune fik udarbejdet i 2015 af det daværende KORA (nu VIVE). Den opdaterede analyse afreguleres til Økonomiudvalget med Indkaldescirkulæret for budget 2020 og lægges på Økonomiudvalgets aflæggerbord til mødet den 23. januar, hvor Indkaldescirkulære 2020 behandles.

Borgere med sindslidelse og borgere med handicap

Med demografiindstillingen til budget 2019 den 24. april 2018 vedtog Økonomiudvalget at omfatte sindslidendeområdet i demografireguleringen samt tre metodiske ændringer af den eksisterende model for demografiregulering på handicapområdet. Ligeledes blev der med augustindstillingen til budget 2019 den 22. august 2018 lagt op til at foretage en nærmere analyse af koblingen mellem udviklingen i diagnosedata og udgifter for hhv. området for borgere med handicap og borgere med sindslidelse for at vurdere udviklingen i tyngden på de to områder.

Analyserne på sindslidende- og handicapområdet er udarbejdet af Den tværgående analyseenhed for Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen. Analysens fulde afregulering lægges på Økonomiudvalgets aflæggerbord til mødet den 23. januar, hvor Indkaldescirkulære 2020 behandles.

2.1 Nuværende områder i demografireguleringen

Den nuværende demografiregulering på handicapområdet omfatter ydelser som botilbud, socialpædagogisk bistand, aktivitets- og samværstilbud m.fl. samt hjemme- og sygeplejeydelser til borgere med handicap. Fra 2019 indgår ligeledes ydelsen Borgerstyret Personlig Assistance (BPA). Der foretages korrektion for den socioøkonomiske udvikling blandt borgere med handicap med afsæt i data og diagnoseafgrænsning fra Økonomi- og Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks, der indgår i udligningssystemet².

Økonomiudvalget besluttede den 24. april 2018 med indstilling ” Demografiregulering 2018 og budgetårene 2019-2022”, at området *borgere med sindslidelse* skulle omfattes af demografiregulering fra 2019 og frem. Modellen omfatter ydelser som botilbud, socialpædagogisk bistand, aktivitets- og samværstilbud på sindslidendeområdet. Der foretages aktuelt ikke en særskilt socioøkonomisk korrektion. Området for udsatte børn og unge er ikke omfattet i demografireguleringen. For oversigt over den eksisterende budgetregulering på de analyserede områder, se tabel 1.

Tabel 1: Oversigt over eksisterende budgetregulering på de analyserede områder

(2020-pl i mio. kr.)	Demografi	Mio. kr.	Socioøkonomi	Mio. kr.
Borgere m. handicap	Ja	36,9	Ja	-8,8
Borgere m. sindslidelse	Ja	13,0	Nej	-
Udsatte børn og unge	Nej	-	Nej	-

2.2 Københavns Kommunes demografiregulering og korrektioner for socioøkonomisk udvikling

I Københavns Kommune er der en politisk besluttet demografimodel, som betyder, at budgetterne på børne-, ældre- og handicapområdet årligt tilpasses som følge af befolkningsudviklingen og den socioøkonomiske udvikling i kommunen. Der er tale om områder, hvor der er en tæt sammenhæng mellem udviklingen på det konkrete målgruppeområde og de udefrakommende forhold i form af befolkningen og socioøkonomiske faktorer (dvs. ændringer i befolkningssammensætningen).

Demografimodellen er en marginal model, hvilket vil sige, at den tildeler midler på baggrund af ændringen i antallet af borgere i målgruppen som følge af befolkningsudviklingen for de demografiregulerede ydelser. Herefter korrigeres for den socioøkonomiske udvikling for at sikre, at der i budgettildelingen tages højde for, at tyngden (målt på fx levealder, familieforhold, sundhed, uddannelsesgrad mv.) hos nye borgere ikke nødvendigvis er den samme som tyngden hos den eksisterende målgruppe.

² I Økonomi- og Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks indgår alle udviklingshæmmede samt borgere med øvrige handicaprelaterede diagnoser i aldersgruppen 20-59 år, som er udenfor arbejdsmarkedet. Opgørelsen af antal borgere med en handicaprelateret diagnose, som indgår i beregning af korrektion for den socioøkonomiske udvikling er i København suppleret med borgere inden for arbejdsstyrken med en handicaprelateret diagnose samt børn med handicaprelaterede diagnoser.

I den eksisterende demografimodel korrigeres for Københavns socio-økonomiske udvikling på børne- og handicapområdet samt for sund aldring på ældre- og sundhedsområdet med henblik på at tage højde for effekten af den socioøkonomiske udvikling.

Den supplerende budgetmodel på handicapområdet

Udover demografimodellen udarbejdes hvert år på handicapområdet et budgetnotat vedrørende den supplerende budgetmodel, som kan indgå i budgetforhandlingerne. Den supplerende budgetmodel estimerer udviklingen i borgernes støtte- og plejebehov fra år til år på egne botilbudspladser på baggrund af Socialforvaltningens visitationer mv. Modellen er ikke baseret på udefrakommende demografiske og socioøkonomiske forhold og er dermed ikke en del af den automatiske budgetregulering.

3.0 Udsatte børn og unge

VIVE har opdateret den tidligere analyse fra 2015 af det socioøkonomiske udgiftsbehov blandt børn og unge i Københavns. Udgiftsbehovet måles som andelen af de 0-17-årige børn og unge, der statistisk set kan forventes at modtage en social foranstaltning³, hvis udviklingen var bestemt af demografi og socioøkonomi. Analysens metode er overordnet beskrevet i *tekstboks 1*.

Tekstboks 1: Beskrivelse af VIVE's analysemodel

Analysen er gennemført vha. en statistisk model, som er anvendt i en række kommuner, og som bygger på anerkendte statistiske beregningsmetoder. Metoden er overordnet den samme som blev anvendt i analysen af udsatte børn og unge, som Københavns Kommune fik udarbejdet i 2015 og i analysen af kommunens udgiftsbehov på ældreområdet, som Københavns Kommune fik udarbejdet i 2017. Senest er en tilsvarende analyse foretaget for Aarhus Kommune i 2017. Modellen estimerer på baggrund af landsdækkende data sammenhængen mellem en række socioøkonomiske baggrundsvariable og sandsynligheden for, at et barn eller en ung vil modtage en social foranstaltning.

I analysen sammenholdes udviklingen i København bl.a. med den landsgennemsnitlige visitationspraksis i et fast år (2016), som anvendes til at opgøre de forventede andele af børn og unge med en social foranstaltning, såfremt serviceniveau og tildelingspraksis havde været det samme i hele den analyserede periode. Hensigten med dette er, at rense opgørelsen for ændringer i serviceniveau, visitationspraksis og øvrige forhold, der ikke kan tilskrives demografi og socioøkonomi. De estimerede sandsynligheder i Københavns Kommune påvirkes dermed ikke af den faktiske visitationspraksis i kommunen, da det alene er børnenes baggrund, som er udslagsgivende for sandsynligheden for at modtage en social foranstaltning

Modellen forklarer dermed den udvikling, som kan henføres til socioøkonomi og demografi i Københavns Kommune. I det omfang der er en anden udvikling på området end den udvikling analysen forudsiger, vil det være udtryk for forhold, som ikke skyldes de demografiske og socioøkonomiske forhold, der er anvendt i analysen.

Analysen trækker på et omfattende individdatasæt vedr. alle landets 0-17-årige børn og unge og deres forældre i perioden 2009-2016. I alt indgår 35 socioøkonomiske baggrundsvariable i analysen. De variable, som analysen viser har størst forklaringskraft for udviklingen i København vedrører bl.a. barnets alder, forældrenes civilstand, jobprestige samt deres alderskorrigerede indkomst- og uddannelsesniveau. Data fra 2017 og frem er endnu ikke tilgængeligt, og indgår derfor ikke i analysen.

³ Defineret som anbringelse og individrettede forebyggende foranstaltninger. Familierettede forebyggende foranstaltninger indgår ikke i analysens grundmodel. VIVE har udarbejdet en række robusthedsanalyser, hvori bl.a. familierettede foranstaltninger indgår. Inddragelse af familierettede foranstaltninger ændrer ikke den overordnede konklusion på analysen, jf. figur 1.

3.1 Hovedresultater vedr. området udsatte børn og unge

Analysen viser, at der i perioden 2009 til 2016 har været en forbedring af de socioøkonomiske vilkår blandt de københavnske børn og unge målt på sandsynligheden for at modtage en foranstaltning. Dette følger samme overordnede tendens som i analysen fra 2015.

Den forventede andel af udsatte børn og unge i alderen 0-17 år med sandsynlighed for at modtage en foranstaltning, er således faldet fra 2,21 pct. i 2009 til 1,86 pct. i 2016. Analysen viser også en relativ forbedring i København ift. resten af landet. Fra at ligge over landsgennemsnittet i 2009 er den forventede sandsynlighed for, at københavnske børn og unge vil modtage en social foranstaltning i 2016 væsentligt under landsgennemsnittet (fra indeks 106 i 2009 til indeks 81 i 2016, hvor 100 er landsgennemsnittet), *jf. tabel 2*.

I *tabel 2* fremgår VIVE's estimerede foranstaltningssandsynligheder for hhv. København, hele landet og for København relativt til hele landet.

Tabel 2: Indekseret udvikling i udgiftsbehov (forventet modtagerandel af 0-17-årige)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Foranstaltningssandsynlighed KK	2,13%	2,23%	2,18%	2,15%	2,16%	2,08%	1,99%	1,89%
Foranstaltningssandsynlighed Landsplan	2,01%	2,20%	2,26%	2,31%	2,42%	2,43%	2,40%	2,34%
KK's relative udgiftsbehov*	106,0	101,3	96,7	93,0	89,3	85,5	83,0	81,0

* Indeks 100 = landsgennemsnittet Kilde: VIVE

I *tabel 3* fremgår udviklingen fra 2013 til 2016 i hhv. Københavns Kommunes børnetal, den forventede modtagerandel og dækningsgrad, når det faktiske antal børn og unge med en social foranstaltning i 2013 fremskrives på baggrund af VIVE's analyse. Tabellen viser, at den socioøkonomiske udvikling isoleret set medfører en lavere dækningsgrad på området udsatte børn og unge. Faldet overstiger det stigende børnetal i København. Den demografiske og socioøkonomiske udvikling tilsiger således samlet set et aftagende behov på området for udsatte børn og unge for den pågældende periode.

Tabel 3: Forventet antal modtagere af social foranstaltning 2013-2016 (2013 fremskrevet)

	2013	2014	2015	2016
Børnetal (0-17 år)	105.732	107.460	108.824	110.779
Forventet dækningsgrad	2,24%	2,15%	2,08%	2,04%
Forventet antal modtagere	2.370	2.306	2.268	2.255

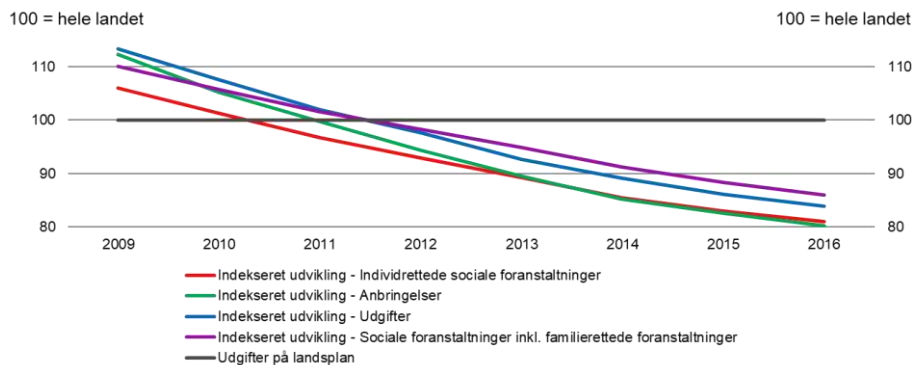
Kilde: VIVE

Robusthedsanalyser

For at teste resultaternes robusthed er der i lighed med analysen fra 2015 gennemført flere alternative beregninger af modellen. I *figur 1* fremgår resultatet af VIVE's supplerende beregninger, hvor der anvendes flere forskellige definitioner af sociale foranstaltninger,

herunder fx de faktiske udgifter til området. VIVE's konklusion er, at Københavns socioøkonomisk betingede udgiftsbehov på området har været faldende fra 2009 til 2016 uanset hvilken af de analyserede definitioner af sociale foranstaltninger, der anvendes.

Figur 1: Udvikling i den forventede andel af socialforanstaltninger i KK ift. hele landet



Kilde: VIVE

3.2 Den faktiske udvikling på området udsatte børn og unge

I perioden 2014-2018 er dækningsgraden for sociale foranstaltninger til 0-17-årige samlet set steget i Københavns Kommune, jf. tabel 4. Denne udvikling dækker over, at dækningsgraden for forebyggende foranstaltninger er steget, mens den for anbringelser, som i gennemsnit er væsentligt dyrere end forebyggende foranstaltninger, omvendt har været faldende i perioden. Dette er understøttet af en socialfaglig omstilling på området, hvor færre anbringes, hvilket har kunne bidrage til at finansiere den øgede anvendelse af forebyggende foranstaltninger. Socialforvaltningen vurderer, at der som følge af, at antallet af anbringelser nu er bragt markant ned, og at VIVE's analyse tyder på, at en fortsat befolkningstilvækst og forbedret socioøkonomi vil medføre et fortsat fald i antallet af anbringelser pr. 1.000 borgere i Københavns Kommune.

Tabel 4: Aktiviteter på anbringelser og forebyggende foranstaltninger til udsatte børn og unge (helårspersoner) pr. 1.000 0-17-årige

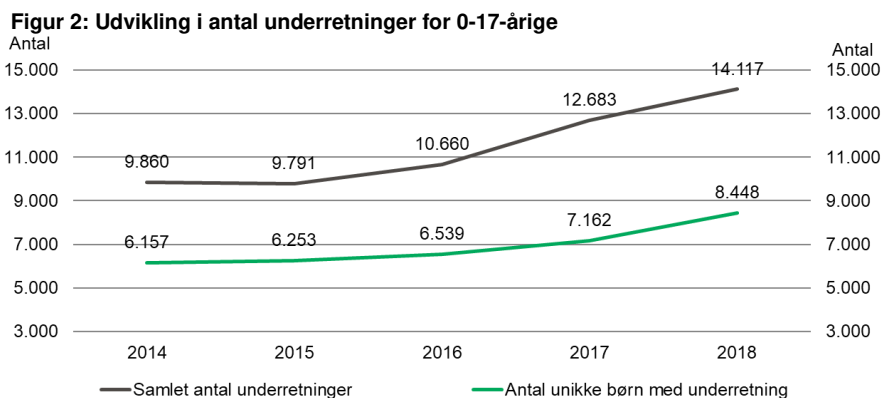
	2014	2015	2016	2017	2018*	Gns. Vækst pr. år
Anbringelser	7,9	7,3	6,5	6,4	6,0	-0,5
Dagbehandling og fleksible indsatser	4,2	4,2	3,7	3,5	3,7	-0,1
Forebyggende foranstaltninger	15,4	17,5	19,3	20,5	22,6	1,8
Samlet	27,5	29	29,5	30,4	32,3	1,1

Kilde: Aktivitetsudtræk fra CSC-social og beregninger pba. Danmarks Statistiks befolkningstal.
 Note: Aktiviteter i 2018 er fremskrevet på baggrund udviklingen i årets tre første kvartaler.

Et stigende antal underretninger

I særligt 2017 og 2018 (dvs. efter den periode, som analyseres af VIVE) har Socialforvaltningen samlet set en tiltagende stigning i antallet af underretninger, jf. figur 2. Stigningen er en landstendens, der

bl.a. kan skyldes kampagner i udsatte områder for større opmærksomhed på børn, der mistrives og en generelt større opmærksomhed på børn og unges psykiske problemer. Et stigende antal underretninger kan bidrage til at dæmpe eller modvirke det faldende behov for foranstaltninger og trække mod øget sagsmængde og ressourcetræk for myndighedsområdet. Socialforvaltningen vurderer, at denne udvikling indtil nu har været modvirket af et fortsat fald i andelen af anbringelser i Københavns Kommune.



Kilde: Borgercenter Børn og Unge, Socialforvaltningen.

Note: Antallet af underretninger og antal unikke børn med en underretning i 2018 er fremskrevet pba. udviklingen i årets tre første kvartaler.

3.3 Konklusion vedr. området udsatte børn og unge

Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen vurderede med demografiindstillingen til budget 2019, at der ikke var sammenhæng mellem befolkningsudviklingen og udgiftsudviklingen på området for udsatte børn og unge på daværende tidspunkt.

Med VIVE's opdaterede analyse ses der i perioden 2009-2016 faldende sandsynlighed for at modtage en social foranstaltning på baggrund af udviklingen i demografiske og socioøkonomiske forhold. Dette bekræfter omkostningsudviklingen i Socialforvaltningen i den analyserede periode. Det nyeste vidensgrundlag giver således ikke et fagligt grundlag for demografiregulering af målgruppen udsatte børn og unge.

Socialforvaltningen bemærker, at fortsætter denne tendens, vil det indebære et fortsat fald i antallet af anbringelser pr. 1.000 børn i Københavns Kommune ved uændret visitationspraksis.

Forvaltningerne vil også fremadrettet følge udviklingen i den socioøkonomiske sammensætning, herunder sammenhængen til bl.a. den stigende tendens for underretninger.

4.0 Analyse af borgere med handicap og borgere med sindslidelse

Analysens metode

Den tværgående Analyseenhed har for Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen analyseret sammenhængen på hhv. sindslidende- og handicapområdet mellem udviklingen i diagnoser (hvor der tages højde for diagnosernes udgiftstyngde), befolkningsudviklingen antallet af ydelsesmodtagere og udgiftsudviklingen. Den nærmere metode er beskrevet i *tekstboks 2*.

Tekstboks 2: Metode for analyse af udviklingen i diagnosetyngde

Der er foretaget en registerbaseret analyse på hhv. handicap- og sindslidendeområdet, hvor diagnosedata fra Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centralregister er sammenkørt med Socialforvaltningens udgiftsdatabasen for 2014-2016.

I analysen er diagnoser vægtet i forhold til, hvor udgiftsdrivende de er. I analysen er der udarbejdet udgiftsvægte på tre niveauer, der følger diagnoseklassifikationssystemet; på hhv. diagnoseklassifikationsniveau (det aggregerede niveau), hovedgruppeniveau (mellemniveau) og diagnosniveau (mest detaljeret niveau). De individbaserede udgifter i 2016 i Socialforvaltningen for de demografiregulerede ydelser på de to områder er fordelt i forhold til den diagnoseklassifikation/ hovedgruppe/ diagnose, som ydelsesmodtagerne optræder i. Pris for klassifikation/ hovedgruppe/ diagnose fastsættes efter de borgere, der kun har én diagnose. Udgifterne for borgere, der optræder med flere diagnoser, fordeles forholdsmæssigt, såfremt der er en udgiftsvægt på dem, ellers splittes udgifterne ligeligt.

I analysen er 'tyngde' et udtryk for den relative udgiftsmæssige tyngde på ydelsesområdet. Til at fastslå denne er der beregnet gennemsnitlige enhedspriser for hver klassifikation, hovedgruppe og diagnose med udgangspunkt i de udgifter, der kan henføres til enkeltindivider i 2016 på hvert af de to områder. De beregnede 2016-enhedspriser kobles til diagnoseudviklingen i perioden 2010-2016 og på den baggrund estimeres udviklingen i tyngden.

En diagnose indgår i analysen, når en borger har været i kontakt med sygehusvæsenet med en registreret aktionsdiagnose* indenfor de seneste 10 år**. Hensigten med at gå tilbage i tid er at opfange så stor en andel af ydelsesmodtagerne i Socialforvaltningen som muligt. Diagnoser er inddelt i klassifikationer, hovedgrupper og diagnoser. Socialforvaltningen og Økonomiforvaltningen har foretaget en afgrænsning af diagnoser med henblik på at identificere de for analysen relevante diagnoser. Diagnoseafgrænsningen fremgår i af-rapporteringen fra Den tværgående Analyseenhed.

I analysen af handicapområdet er der anvendt to forskellige diagnoseafgrænsninger. Den ene afgrænsning er baseret på Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning, som indgår i grundlaget for det kommunale udligningssystem. Det er denne diagnoseafgrænsning, som den nuværende socioøkonomiske korrektion i demografimodellen på handicapområdet er baseret på. Den anden diagnoseafgrænsning er baseret på Socialforvaltningens faglige vurdering af, hvilke diagnoser der er relevante for ydelsesmodtagerne på handicapområdet under Socialudvalget.

På sindslidendeområdet er der ligeledes set på Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning, som indgår i grundlaget for det kommunale udligningssystem. Der i analysen af sindslidendeområdet tillige set nærmere på udviklingen i samtlige psykiatriske diagnoser.

*En aktionsdiagnose er den diagnose, der ved udskrivning eller ved afslutning af patientkontakten, bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant besøg/forløb, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsforløb (Sundhedsdatastyrelsen)

**I Økonomi- og Indenrigsministeriets opgørelse af diagnoser på handicap- og sindslidendeområdet anvendes hhv. fem- og tiårige periode. Den 10-årige periode valgt i denne analyse af hensyn til at opfange flest muligt ydelsesmodtagere i Socialforvaltningen med en diagnose. Eksempelvis vil det sige, at der ses på perioden 2001-2010 for året 2010.

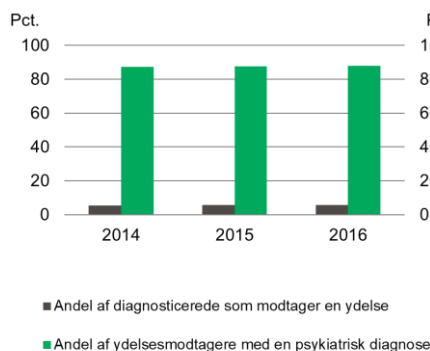
Metoden i analysen betyder, at enhedsprisen holdes konstant (beregningen er baseret på udgifter i 2016), således det er udviklingen i diagnoser, der er drivende for tyngden. Det bemærkes, at herved vil analysen ikke opfange, at enhedsprisen (tyngden) ved den enkelte diagnose kan ændres over årene. Det indebærer bl.a. at evt. praksisændringer i sygehusvæsenet eller ændret omfang af diagnosticering forventeligt vil slå direkte igennem i analysen.

4.1 Analyse af borgere med sindslidelse

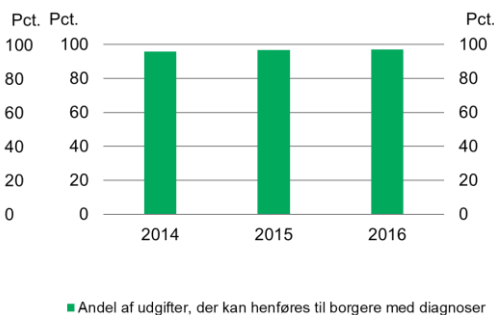
Sammenhæng mellem borgere med diagnose og borgere med ydelse

Analysen viser, at 87-88 pct. af ydelsesmodtagerne på sindslidendeområdet har været registreret med en psykiatrisk diagnose indenfor den seneste 10-årsperiode, *jf. figur 3*.

Figur 3: Andel af +18-årige m. dinoser og ydelse i SOF, og andelen af ydelsesmodtagere med en diagnose



Figur 4: Andel af udgifter der kan henføres til borgere med en diagnose (+18-årige)



Herudover viser analysen, at 96-97 pct. af udgifterne på sindslidendeområdet kan henføres til en psykiatrisk diagnose indenfor de seneste 10 år, *jf. figur 4*.

Der er således en høj andel af ydelsesmodtagerne på sindslidendeområdet, som har fået stillet en psykiatrisk diagnose, samt en høj andel af udgifterne, som kan henføres til en psykiatrisk diagnose. Ses der modsat på alle borgere, der er registreret med en psykiatrisk diagnose, er det kun omkring 6 pct., der modtager en ydelse på sindslidendeområdet under Socialudvalget, *jf. figur 3*. Dette gælder både for gruppen af 18-64-årige og gruppen af +65-årige.

Hovedparten af Socialforvaltningens ydelsesmodtagere på sindslidendeområdet er således registreret med en psykiatrisk diagnose indenfor de sidste 10 år, men langt de fleste borgere med en psykiatrisk diagnose er ikke udgiftsdrivende for Socialforvaltningen⁴.

Resultater på området for borgere med sindslidelse

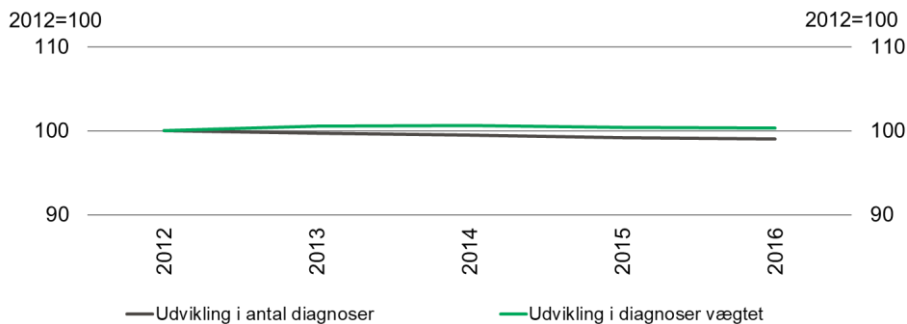
Analysen viser, at der i perioden 2010-2016 samlet set ikke er sket en ændring i tyngden af borgere med en psykiatrisk diagnose i kontakt med Socialforvaltningen, når der tages højde for befolkningsudviklingen⁵. *Figur 5* viser således, at fra 2010 til 2016 er der samlet set en uændret tyngde i diagnosesammensætningen pr. 1.000 borgere.

⁴ Det bemærkes, at den opgaveglidning mellem region og kommune, som Socialforvaltningen oplever som et udgiftspres på området, handler om rollefordeling mellem region og kommune og derfor ikke indgår i nærværende analyse om demografiregulering.

⁵ Senest tilgængelige data er fra 2016.

Tyngden er her et udtryk for den samlede udvikling i alle diagnoser efter vægtning af udgifter på området, *jf. tekstboks 2*.

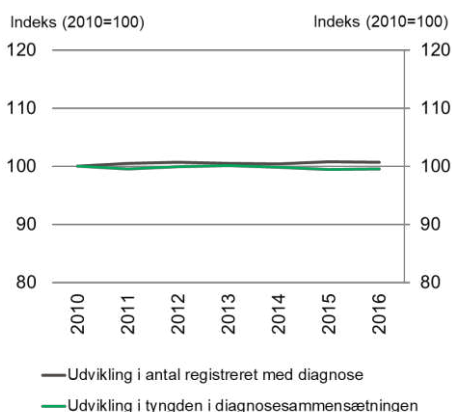
Figur 5: Udvikling i den samlede tyngde i diagnosesammensætningen pr. 1.000 indbygger (+18-årige), 2010-2016 (2012=100)



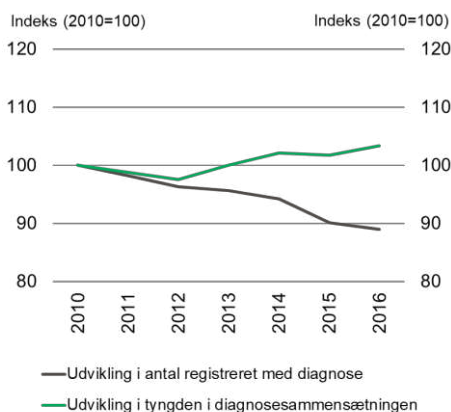
Udvikling indenfor aldersgrupper

Den samlede udvikling kan opdeles i aldersgrupperne 18-64 år og +65 år. For 18-64-årige københavnere med psykiatriske diagnoser og ydelser på sindslidendeområdet er der en uændret tyngde i diagnoser pr. 1.000 borgere, *jf. figur 6*. For gruppen af ældre borgere over 65 år med en psykiatrisk diagnose og en ydelse på sindslidendeområdet ses omvendt en stigende tyngde i diagnosesammensætningen, *jf. figur 7*. Aldersgruppen 65+-årige tegner sig for en begrænset andel af samlede udgifter på sindslidendeområdet.

Figur 6: Udvikling i den samlede tyngde i diagnosesammensætningen pr. 1.000 indbygger (18-64 år), 2010-2016 (2010=100)



Figur 7: Udvikling i den samlede tyngde i diagnosesammensætningen pr. 1.000 indbygger (+65 år), 2010-2016 (2010=100)



Den uændrede tyngde blandt de 18-64-årige, som er registreret med en diagnose skyldes primært et stabilt niveau i skizofrenidiagnosticerede 18-64-årige pr. 1.000 borgere⁶. Alene hovedgruppen for skizofreni-

⁶ Andre diagnoser har i perioden haft en opadgående eller nedadgående tendens. Der er fx en stigning i diagnoser vedr. stressrelaterede lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser og et fald i diagnoser vedr.

diagnoser udgør over 60 pct. af Socialforvaltningens udgifter til borgere registreret med en diagnose på sindslidendeområdet.

Hovedårsagen til stigningen hos de +65-årige kan ligeledes henføres til borgere registreret med en skizofrenidiagnose. Socialforvaltningen vurderer, at det kan skyldes, at borgere med tunge sindslidelser lever længere end tidligere. Idet ældregruppen udgør en begrænset andel af den samlede population af psykiatriskdiagnosticerede borgere med en ydelse på sindslidendeområdet, har den stigende tyngde i diagnose-sammensætningen i ældregruppen en beskeden effekt på udviklingen i den samlede tyngde på sindslidendeområdet.

4.2 Konklusion vedr. området borgere med sindslidelse

Samlet set viser analysen af sammenhængen mellem diagnose- og befolkningssudviklingen på området for borgere med sindslidelse, at der ikke på baggrund af den vægtede diagnoseudvikling kan konstateres en stigende eller aftagende tyngde. Når der tages højde for den generelle befolkningssudvikling, er den udgiftsvægtede diagnoseudvikling stort set uændret i den analyserede periode. Der er i analysen tegn på stigende udgiftstyngde på sindslidendeområdet for ældre med en psykiatrisk diagnose, som dog udgør en mindre andel af den samlede målgruppe.

På det foreliggende grundlag vurderer Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen, at diagnoseudviklingen på sindslidendeområdet følger den demografiske udvikling. Forvaltningerne vil følge den fremadrettede udvikling på området.

4.3 Analyse af borgere med handicap

I analysen af handicapområdet er der foretaget en diagnoseafgrænsning baseret på Socialforvaltningens faglige vurdering af, hvilke diagnoser der er relevante for ydelsesmodtagerne på handicapområdet under Socialudvalget. Denne diagnoseafgrænsning er anderledes end Økonomi- og Indenrigsministeriets afgrænsning, der anvendes i udlingssystemet. Udviklingen i de udvalgte diagnoser sammenholdes med Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning i den samlede afrapportering fra Den tværgående Analyseenhed.

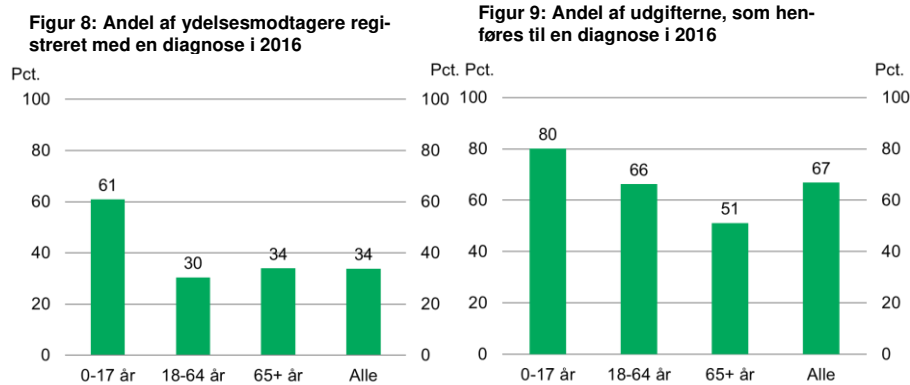
Sammenhæng mellem borgere med diagnose og borgere med ydelse

Der tegner sig et samlet billede af, at de analyserede sammenhænge på handicapområdet er forbundet med betydelig usikkerhed. Nedenfor uddybes usikkerhederne i analysen.

Analysen viser, at 2 ud af 3 ydelsesmodtagere (66 pct.) og 33 pct. af udgifterne i 2016 ikke kan henføres borgere registeret med en

psykoaktive stoffer. Der er i disse tilfælde tale om diagnoser med en lavere udgiftsmæssig tyngde for Socialforvaltningen.

diagnose inden for de seneste 10 år i Socialforvaltningens afgrænsning, jf. figur 8 og figur 9. Derudover er der stor forskel mellem aldersgrupperne i, hvor mange af udgifterne som kan henføres til en diagnose.



Ses på alle borgere registreret med en diagnose, er det 11 pct. af borgerne registreret med en diagnose inden for Socialforvaltningens diagnoseafgrænsning, der modtager en ydelse i Socialforvaltningen.

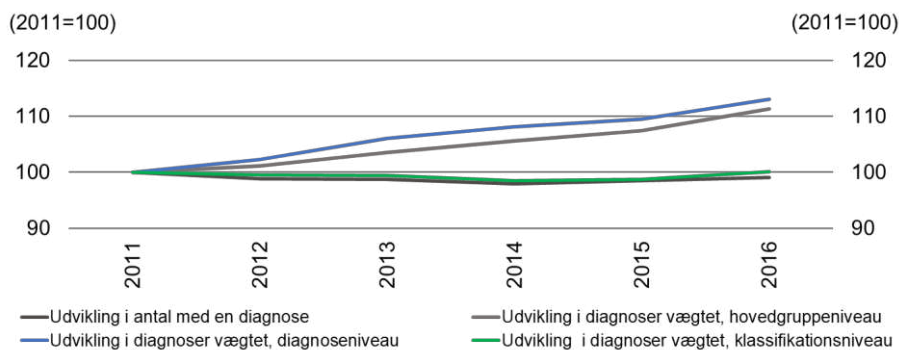
For de yngre borgere viser analysen en tydeligere sammenhæng mellem ydelsesmodtagere og diagnosticerede i de sidste 10 år. For aldersgruppen 0-17 år kan ca. 60 pct. af ydelsesmodtagerne og 80 pct. af udgifterne henføres til personer registreret med en handicaprelateret diagnose. Aldersgruppen 0-17-år tegner sig for en begrænset andel af de samlede udgifter på handicapområdet.

På trods af Socialforvaltningens diagnoseafgrænsning i højere grad end Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning indfanger udgifterne til det samlede handicapområde, kan 33 pct. af udgifterne på handicapområdet ikke henføres til konkrete borgere registreret med en diagnose. Desuden er det en lav andel af ydelsesmodtagere, der inden for begge diagnoseafgrænsninger er registreret med en diagnose.

Resultater på handicapområdet

Analysen viser, at der er forskel i udviklingen i tyngden afhængigt af, hvilket niveau der analyseres på, hvilket vanskeliggør at konkludere på området. Analyseres der på et overordnet niveau (klassifikationsniveau) ses en udvikling, der følger demografien, mens analysen på et meget detaljeret niveau viser, at tyngden overstiger den demografiske udvikling, jf. figur 10.

**Figur 10: Udvikling diagnoser på handicapområdet pr. 1.000 indbygger vægtet efter udgifts-
tyngde på handicapområdet, alle aldre**



Analysen viser samtidig, at datausikkerheden stiger betydelig med detaljeringsgraden. I analysen er der gennemført en følsomhedsanalyse af beregningerne af udviklingen i den vægtede diagnoseudvikling for at vurdere om metoden er anvendelig til en analyse af handicapområdet på det foreliggende grundlag. I analysen sammenlignes den indekserede udvikling fra 2010 til 2016 beregnet på udgiftsdata fra 2015 og 2016. Analysen viser, at der er væsentlig usikkerhed ved beregning af udgiftsvægte og enhedspriser på hovedgruppe- og diagnoseniveau afhængigt af udgiftsår.

Hertil indebærer vægtningen af diagnoser på alle tre niveauer betydelig usikkerhed.

4.4 Diagnoseafgrænsningen i Økonomi- og Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks

Analysen viser, at diagnoseafgrænsningen i Økonomi- og Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks, der indgår i udligningssystemet, har betydelige mangler. Fx viser analysen, at afgrænsningen ikke medtager centrale udgiftstunge diagnoser som *anden gennemgribende mental udviklingsforstyrrelse*, *aspergers syndrom* og *infantil autisme*, der udgør en stor del af Socialforvaltningens udgifter på handicapområdet. Det indebærer, at udelukkende 50 pct. af udgifterne og 37 pct. af ydelsesmodtagere på handicapområdet henføres til borgere med en diagnose indenfor Økonomi- og Indenrigsministeriet afgrænsning (for mere se afrapportering om *Analyse af handicap- og sindslidendeområdet* på aflæggerbordet). Diagnoseafgrænsningen anvendes i den nuværende korrektion for socioøkonomiske udviklingen.

4.5 Konklusion vedr. området borgere med handicap

Med Socialforvaltningens diagnoseafgrænsning indfanges 67 pct. af udgifterne på handicapområdet, mens 1 ud af 3 ydelsesmodtagere er borgere registreret med en handicaprelateret diagnose inden for de seneste 10 år. Dertil varierer resultaterne for perioden 2010-2016 afhængigt af, hvilket niveau diagnoserne grupperes på. Analyseres på et

overordnet niveau⁷ ses en udvikling, der følger demografien, og analyseres på mere detaljerede niveauer overstiger tyngden demografien. Analysen viser samtidig, at datausikkerheden stiger betydelig i takt med detaljeringsgraden.

På den baggrund vurderes det, at analysens resultater på handicapområdet er behæftet med stor usikkerhed.

Analysen viser samtidig, at Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning fra det socioøkonomiske indeks, der indgår i udligningssystemet, har betydelige mangler. Fx viser analysen, at afgrænsningen ikke medtager centrale udgiftstunge diagnoser. Det indebærer, at udelukkende 50 pct. af udgifterne på handicapområdet kan henføres til borgere med en diagnose indenfor Økonomi- og Indenrigsministeriets afgrænsning.

Økonomiforvaltningen og Socialforvaltningen vurderer, at der ikke kan findes støtte til den aktuelle negative socioøkonomiske regulering i analysen. Samtidig vurderes det, at det for nuværende ikke er muligt at lave en robust socialøkonomiske regulering baseret på diagnoser. På den baggrund vil Økonomiforvaltningen i samarbejde med Socialforvaltningen udarbejde forslag til tilpasning af demografimodellen på handicapområdet, hvor den negative korrektion som følge af socioøkonomi ikke indgår. Tilpasningen forelægges Økonomiudvalget med demografiindstillingen i april 2019.

Socialforvaltningen og Økonomiforvaltningen vil desuden arbejde videre med at afdække særskilte udfordringer på handicapområdet, der kan danne grundlag for diskretionære budgetnotater, som kan indgå i kommende budgetforhandlinger.

⁷ Det overordnede niveau er *klassifikationsniveau*, der svarer til en samling af hovedgrupper af diagnoser, mens mere detaljerede niveauer er *hovedgruppeniveau* og *diagnoseniveau* (den enkelte diagnose).