



Analyse af udviklingen i diagnoser og udgifter på handicap- og sindslidendeområdet i København

/ Til brug til vurdering af socioøkonomisk regulering på områderne.

Økonomiforvaltningen, Den Tværgående Analyseenhed
Den 21. januar 2019



Sammenfatning og konklusion

Handicapområdet

Analysen viser, at Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning fra det socioøkonomisk indeks i mindre grad afspejler de diagnoser, der medfører udgifter på handicapområdet i Socialforvaltningen.

Analysen viser, at der er en mindre grad af sammenhæng mellem diagnoser og udgifterne i Socialforvaltningen. Der er en lav andel ydelsesmodtagere, der er registreret med en handicapdiagnose inden for de sidste 10 år i sygehusvæsenet og for en tredjedel af udgifterne, kan der ikke henføres en handicapdiagnose.

På baggrund af analysen er det svært at konkludere noget entydigt om sammenhængen mellem diagnoseudviklingen, herunder den vægtede og udviklingen i udgiftsbehovet på handicapområdet. Årsagen til det er en række vanskeligheder knyttet til vægtningen af diagnoser på alle tre diagnosenniveauer, der indebærer betydelig usikkerhed og tolkning i udviklingen. De metodiske problemer relaterer sig bl.a. til at sikre retvisende enhedspriser, pga. af for få observationer eller borgere med dobbeltdiagnoser og skift i enhedspriser ved skift i udgiftsår. Derfor skal indekset for udviklingen i udgiftsbehovet tolkes yderst varsomt, *jf. figur 1*.

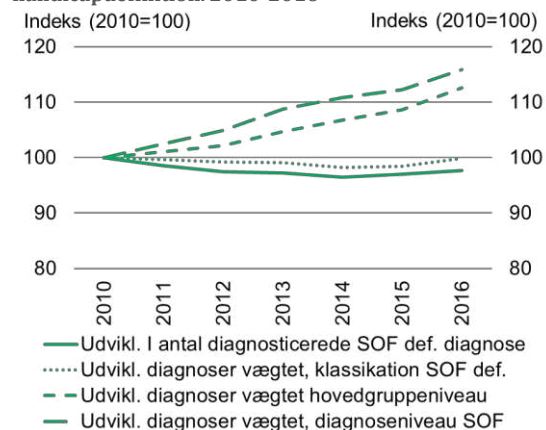
På den baggrund vurderes det på nuværende grundlag, at det vil være behæftet med høj grad af usikkerhed at anvende vægtning af diagnoser på handicapområdet som grundlag for en socioøkonomisk regulering.

Sindslidendeområdet

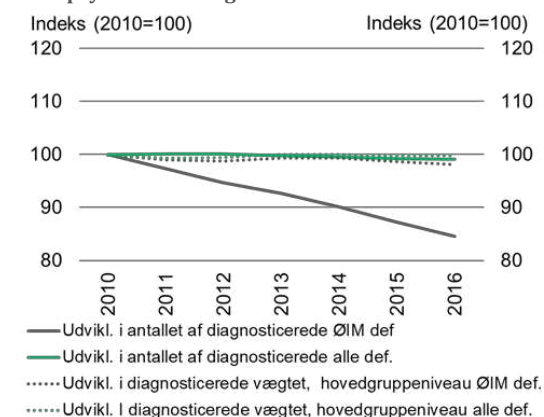
Analysen på sindslidendeområdet viser, at der er sammenhæng mellem diagnoser og udgifterne på sindslidendeområdet. Langt størstedelen af ydelsesmodtagere er registreret med en sindslidendediagnose inden for de sidste ti år i sygehusvæsenet og hovedparten af udgifterne kan henføres til en diagnose. På baggrund af analysen findes der ikke grundlag for at udvide Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning i det socioøkonomiske indeks.

Analysen viser samlet set, at når der tages højde for befolkningsudviklingen, er udgiftsbehovet uændret på sindslidendeområdet i København i perioden 2010-2016, *jf. figur 2*. Analysen viser således ikke grundlag for en socioøkonomisk korrektion af budgettet på sindslidendeområdet.

Figur 1. Handicap total: Udvikling i indeks for diagnoser og beregnet udgiftsbehov pr. 1.000 indbygger. SOF handicapdefinition. 2010-2016



Figur 2. Sindslidende total: Udvikling i indeks for diagnoser og beregnet udgiftsbehov pr. 1.000 indbygger. Alle psykiatriske diagnoser. 2010-2016



Introduktion

Baggrund

Med augustindstillingen til budget 2019 blev der lagt op til at foretage en nærmere analyse af koblingen mellem udviklingen i diagnoser og udgifter for hhv. området for borgere med handicap og borgere med sindslidelse.

Det fremgår af Økonomi- og Indenrigsministeriets (ØIM) sociale indikatorer vedr. borgere med handicap og borgere med sindslidelse, at selvom der er en høj befolkningstilvækst i Københavns Kommune, så ses et fald i det socioøkonomiske indeks, bl.a. som følge af diagnoseudviklingen.

Den nuværende korrektion for den socioøkonomiske udvikling blandt borgere med handicap tager afsæt i data og diagnoseafgrænsning fra Økonomi- og Indenrigsministeriets socioøkonomiske indeks, der indgår i udligningssystemet.

Socialforvaltningen udtrykker, at den socioøkonomiske regulering på handicapområdet ikke afspejler udgiftsudviklingen og den diagnoseafgrænsning, der anvendes af Økonomi- og Indenrigsministeriet ikke dækker de diagnoser, der er udgiftsdrivende for handicapområdet.

Økonomikredsen har på den baggrund bedt Den Tværgående Analyseenhed om at udarbejde en analyse af udviklingen i diagnoserne og udgifterne i Socialforvaltningen på de to områder.

Formål og fokus

Analysen har til formål at afdække om de diagnoseafgrænsninger, der indgår i Økonomi- og Indenrigsministeriets beregning af det socioøkonomiske indeks afspejler de diagnosegrupper, der er omkostningsfulde på henholdsvis handicapområdet og sindslidendeområdet. Analysen skal afdække om der er sket en stigning antallet af københavnere med en handicapdiagnose eller sindslidendediagnose, når der tages højde for befolkningsudviklingen. Analysen skal endvidere afdække om der er sket en stigning i udgifterne til ydelsesmodtagere med en handicapdiagnose eller sindslidendediagnose og sket en udvikling i udgiftsbehovet, når diagnoser vægtes i forhold til, hvor omkostningsfulde de er.

Analysen skal give viden, som kan anvendes til at vurdere den socioøkonomiske regulering på handicapområdet og behovet for en ny socioøkonomisk regulering på sindslidendeområdet. Herunder om diagnoser er et relevant indikator for det socioøkonomiske udgiftsbehov og om de diagnoseafgrænsninger, der anvendes er retvisende. Endvidere om der i reguleringen bør tages højde for diagnosesammensætningen, dvs. hvor omkostningsfulde diagnoserne er, og hvordan det i så fald vil kunne vægtes.

Datagrundlag og afgrænsninger i analysen

Datagrundlag for analysen

Der er foretaget en registerbaseret analyse, hvor diagnosedata fra Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centralregister er sammenkørt med Socialforvaltningens udgiftsdatasæt for individhenførbare udgifter til demografiregulerede ydelser på henholdsvis handicapområdet og sindslidendeområdet i perioden 2014-2016. I bilaget fremgår oversigt over de demografiregulerede ydelser.

Udviklingen i diagnoser er baseret på københavnere, der har været i kontakt med sygehusvæsenet med en registreret aktionsdiagnose indenfor de seneste 10 år. I Økonomi- og Indenrigsministeriets opgørelse anvendes et kriterium på 5 år på handicapområdet og 10 år på sindslidendeområdet. Hensigten med at gå 10 år tilbage er at opfange så stor en andel af ydelsesmodtagerne i Socialforvaltningen.

I analysen er der taget højde for udgifterne og diagnoserne for de ydelsesmodtagere, som har bopæl på et botilbud/døgntilbud uden for kommunen (de såkaldte udenbysborgere).

Diagnoseafgrænsninger

I analysen af handicapområdet er der anvendt to forskellige diagnoseafgrænsninger. Den ene afgrænsning er baseret på Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning (i analysen omtalt som ØIM def.), 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 (i analysen omtalt som SOF def.).

Der er stor forskel på de to diagnoseafgrænsninger. Økonomi- og Indenrigsministeriets definition indeholder 940 diagnoser og Socialforvaltningens definition indeholder 343 diagnoser. I ministeriets definition er der medtaget en lang række flere diagnoser i forhold til misdannelser og sygdomme i nervesystemet end i Socialforvaltningens definition. Socialforvaltningen har medtaget flere psykiatriske diagnoser end Økonomi- og Indenrigsministeriets definition, bl.a. relateret til udviklingsforstyrrelser.

På sindslidendeområdet er der ligeledes set på Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning, som indgår i grundlaget for det kommunale udligningssystem (i analysen omtalt som ØIM def.). I denne definition er der medtaget 3 diagnosegrupper ud af 12 diagnosegrupper for psykiske lidelser, hhv. organiske psykiske lidelser (demens), psykiske lidelser forårsaget af psykoaktive stoffer samt skizofrenilidelser. I analysen er denne definition sammenholdt med alle psykiatriske diagnoser (i analysen omtalt som psyk. alle def.).

I bilaget fremgår en oversigt over de forskellige diagnoseafgrænsninger, der indgår i de forskellige afgrænsninger.

Demografi og alder

I analysen ses diagnoseudviklingen og udviklingen i udgifterne i forhold til befolkningsudviklingen og alle resultater er derfor som udgangspunkt pr. 1.000 indbygger, dvs. hvor demografien er indregnet. En stigning i antallet af borgere med en diagnose kan skyldes, at der også er kommet flere borgere i København og det tages der således højde herfor.

På handicapområdet ses på aldersgrupperne 0-17 år, 18-64 år, 65+ år og totalen. På sindslidendeområdet ses på aldersgrupperne 18-64 år og 65+ år samt totalen for 18 + år.

Beregning af udgiftsomfanget som følge af diagnoseudviklingen

Metode for vægtning af diagnoser

I beregningen af det socioøkonomiske indeks i udligningssystemet indgår diagnoseudviklingen for borgere med handicap og borgere med sindslidende som et element blandt mange i den samlede socioøkonomiske vægt.

Der tages i udligningssystemet ikke højde for, at der kan være forskel i udgiftsomfanget mellem diagnoserne. I analysen er det forsøgt at beregne diagnosernes udgiftsomfang (vægte diagnoserne), for at se om diagnoseudviklingen har medført et stigende eller faldende udgiftsbehov, når der tages højde for udviklingen i diagnosesammensætningen.

I beregningen er diagnosedata fra Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centralregister sammenkørt med Socialforvaltningens udgiftsdatasæt for 2016. De individbaserede udgifter i Socialforvaltningen for de demografiregulerede ydelser på handicapområdet i 2016 er fordelt i forhold til den/de handicapdiagnoser som ydelsesmodtagerne er registreret med og tilsvarende er gjort på sindslidendeområdet,

På den baggrund beregnes en gennemsnitlig enhedspris pr. diagnosticeret inden for en diagnose/diagnosegruppe pr. 1.000 indbygger i 2016. Der kan være stor forskel mellem de enkelte diagnosticerede i udgiftsbehovet inden for de enkelte diagnoser/diagnosegrupper, og derfor skal gennemsnitspriserne tages med forbehold.

Eftersom borgerne kan have flere diagnoser samtidigt vægtes udgifterne til hver diagnose for hver borger. Af metodiske hensyn foretages denne vægtning udelukkende for diagnoser, hvor mindst 20 personer kun har den pågældende diagnose, da enhedsprisen ellers vil være forbundet med for stor usikkerhed. For personer der har flere diagnoser, hvoraf mindst én har en diagnose, der ikke bliver vægtet for, fordeles udgiften ligeligt på hver af diagnoserne for hver borger. De beregnede 2016-enhedspriser pr. diagnosticeret kobles til diagnoseudviklingen i perioden 2010-2016 og på den baggrund estimeres udviklingen i udgiftsbehovet i perioden.

Det forudsættes, således at den gennemsnitlige enhedspris pr. diagnosticeret københavn er uændret igennem perioden.

I analysen er der udarbejdet udgiftsvægte på tre diagnosenniveauer, der følger diagnoseklassifikationssystemet, på hhv. diagnoseklassifikationsniveau, der er et meget aggregeret niveau, hovedgruppeniveau (mellemniveau) og diagnosenniveau, der er det lavest mulige niveau. Hver metode har fordele og ulemper, *jf. tabel 1.*

I analysen er der gennemført følsomhedsanalyse af beregningerne med henblik at vurdere metodens sikkerhed.

Tabel 1. Oversigt over de forskellige diagnosenniveauer anvendt i analysen samt fordele og ulemper

Niveau for udgiftsvægte	Område	Fordele/ulempe
Klassifikationsniveau	Handicap	<u>Fordele:</u> Giver mange observationer <u>Ulempe:</u> En masse diagnoser slås sammen, som kan være meget forskellige og derfor bliver det en meget grov enhedspris, som nødvendigvis ikke er retvisende.
Hovedgruppeniveau	Handicap Sindslidende	<u>Fordele:</u> Diagnoserne der slås sammen er mere i familie med hinanden end på klassifikationsniveauet. <u>Ulempe:</u> Inden for diagnosegruppen kan der fortsat være store forskelle mellem tyngden i diagnoserne og giver ikke sikkerhed for et højt antal observationer.
Diagnoseniveau	Handicap	<u>Fordele:</u> udgifter er relateret til de konkrete diagnoser <u>Ulempe:</u> Risiko for meget få observationer, der gør enhedspriser usikre og derfor sværere at lave udgiftsvægte for

Analysens konklusioner

5 hovedkonklusioner

Analysen giver anledning til konklusioner inden for fem overordnede områder, som kan anvendes som grundlag for en vurdering af en socioøkonomisk regulering på handicapområdet og sindslidendeområdet:

1. Sammenhæng mellem diagnoser og udgifter i Socialforvaltningen (diagnoser som kriterium i socioøkonomisk regulering og diagnoseafgrænsning).
2. Udviklingen i antallet af borgere med en diagnose.
3. Diagnoseudvikling i forskellige aldersgrupper.
4. Udviklingen i antallet af ydelsesmodtagere med en diagnose.
5. Udvikling i udgiftsbehovet ved brug af vægtning af diagnoser og metodiske forbehold.

Under hver af punkterne gennemgås resultaterne på henholdsvis handicapområdet og psykiatriområdet.

Opmærksomhedspunkter vedr. brug af diagnoser

Der er en række opmærksomhedspunkter i forhold til brug af diagnoser i en socioøkonomisk regulering. For det første skal det bemærkes, at diagnoseudviklingen opgøres som udviklingen i borgere, der er i kontakt med sygehusvæsnet med en diagnose inden for en ti årig periode og ikke nødvendigvis, hvornår borgeren har fået diagnosen. Derudover er det ikke muligt at inddrage diagnosedata fra praksissektoren, da der ikke diagnosekodes som i sygehusvæsnet, hos de alment praktiserende læger og speciallæger. Dette giver en underestimering i forhold til antallet af diagnosticerede. Det er en national problemstilling, når diagnoseudviklingen opgøres på sundhedsområdet. Når udviklingen analyseres og ikke niveauer, giver dette dog kun udfordringer, når der sker skift i arbejdsdelingen mellem praksissektoren og sygehussektoren.

Endvidere skal det bemærkes, at udviklingen i diagnoser også skal ses i lyset af faglig praksis på området, dvs. en bedre diagnosticeringspraksis vil have betydning for udviklingen i indekset.

Tidsbegrænsningen på 10 år betyder, at der formentlig er en gruppe af ydelsesmodtagere, der har en diagnose, men ikke har været i behandling for den i sygehusvæsenet i dataperioden.

Endelig bemærkes det, at diagnoser ikke er et kriterium for visitation til sociale ydelser, men det er funktionsevnen derimod. Det er individuelt hvordan diagnoser påvirker funktionsevnen, men der vil ofte være et samspil, hvilket påvises i analysen.

1. Sammenhæng mellem diagnoser/diagnoseafgrænsning og udgifter – handicapområdet

Sammenhæng på handicapområdet

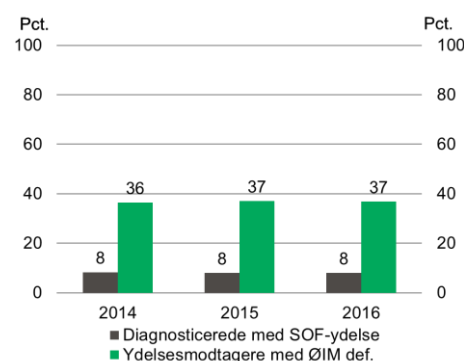
I en socioøkonomisk regulering bør der være en sammenhæng mellem indekset og udgifter i Socialforvaltningen og diagnoseafgrænsningen bør afspejle de diagnoser som er udgiftsdrivende for Socialforvaltningen.

Analysen viser, at 37 pct. af ydelsesmodtagere var registreret med en ØIM diagnose og 34 pct. af ydelsesmodtagere var registreret med en SOF diagnose i 2016, jf. figur 3 og figur 4. Når der i stedet tages udgangspunkt i gruppen af københavnere i kontakt med sygehusvæsenet på grund af handicapdiagnose, havde 8 pct. (ØIM) og 11 pct. (SOF) behov for en handicapydelse i Socialforvaltningen i 2016 og andelen har været konstant i perioden 2014-2016. Resultaterne skal ses i forhold til tidsafgrænsningen på 10 år. █

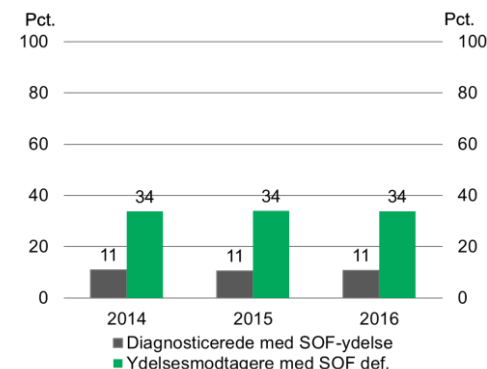
Analysen viser, at Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning i mindre grad afspejler de diagnoser, der medfører udgifter på området. Ved denne diagnoseafgrænsning kan 50 pct. af udgifterne henføres til handicapdiagnoser, jf. figur 5. Diagnoser som fx autisme og udviklingsforstyrrelser indgår ikke i Økonomi- og Indenrigsministeriets definition, som analysen viser, i høj grad er diagnoser, der giver udgifter på børne- og ungeområdet, men også på voksenområdet.

Når der anvendes Socialforvaltningens diagnoseafgrænsning kan 67 pct. af udgifterne på handicapområdet i 2016 henføres til ydelsesmodtagere med en registreret handicapdiagnose, jf. figur 5. Der er stor forskel mellem aldersgrupperne i, hvor mange af udgifterne, der kan henføres til en diagnose, hhv. 80 pct. for børne- og ungegruppen og 51 pct. for ældregruppen. En mulig årsag kan være, at ældregruppen i højere grad end ungegruppen behandles i almen praksis for deres handicap, men kan ikke afdækkes nærmere i registrene.

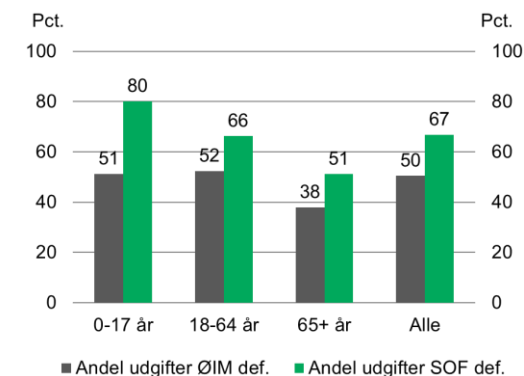
Figur 3. Handicap: Andel af alle ydelsesmodtagere med ØIM diagnose og andel af alle diagnosticerede med ØIM diagnose med kontakt til Socialforvaltningen i 2014-2016



Figur 4. Handicap: Andel af alle ydelsesmodtagere med SOF diagnose og andel af alle diagnosticerede med SOF diagnose med kontakt til Socialforvaltningen i 2014-2016



Figur 5. Handicap: Andel af samlede udgifter i 2016, der kan henføres til en ØIM diagnose og SOF diagnose, aldersopdelt og total.



1. Sammenhæng mellem diagnoser/diagnoseafgrænsning og udgifter – sindslidendeområdet

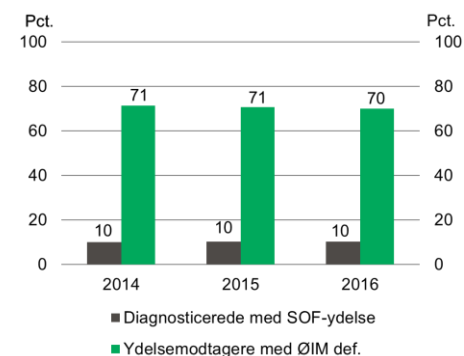
Sammenhæng på sindslidendeområdet

Analysen på sindslidendeområdet viser, at der på sindslidendeområdet i høj grad kan henføres diagnoser på ydelsesmodtagere og udgifterne i Socialforvaltningen. 70 pct. af ydelsesmodtagere i 2016 var registreret i sygehusvæsenet med en psykiatrisk ØIM diagnose og stigende til 88 pct. når alle psykiatriske diagnoser medtages, jf. figur 6 og figur 7.

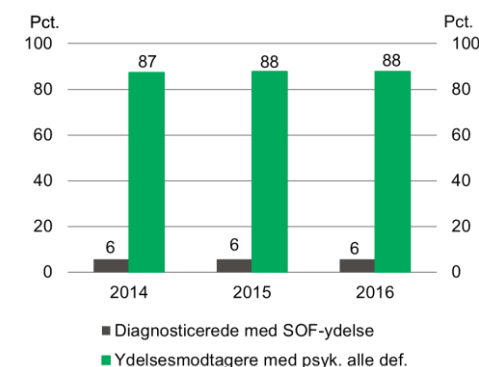
Når der i stedet tages udgangspunkt i gruppen af københavnere i kontakt med sygehusvæsenet på grund af psykiatridiagnose havde 10 pct. (ØIM def.) og 6 pct. (psyk. alle def.) behov for en sindslidendeydelse i Socialforvaltningen i 2016 og andelen var konstant i perioden 2014-2016.

Analysen viser, at Økonomi- og Indenrigsministeriets diagnoseafgrænsning på sindslidendeområdet i høj grad afspejler udgifterne på sindslidendeområdet – 90 pct. af udgifterne kan henføres til ydelsesmodtagere med en ØIM diagnose, jf. figur 8. Analysen finder således ikke grundlag for, at der skal foretages en ændring i diagnoseafgrænsningen. Det er dog væsentligt, at der løbende følges op på diagnoseafgrænsningen, da analysen viser, at der på sindslidendeområdet er tendenser til forskydninger i diagnosesammensætningen, der er bl.a. en voksende gruppe af diagnosticerede og ydelsesmodtagere med stress- og angstlidelser.

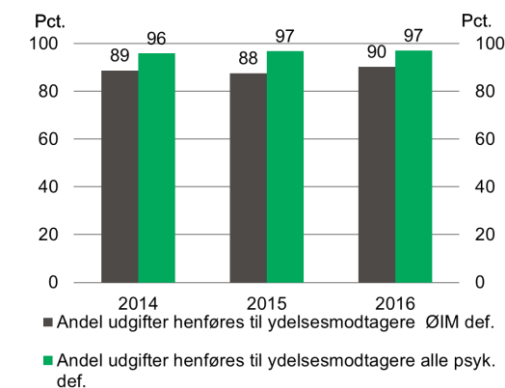
Figur 6. Sindslidende 18+ år : Andel af alle ydelsesmodtagere med ØIM diagnose og andel alle diagnosticerede med ØIM diagnose med kontakt til Socialforvaltningen i 2014-2016



Figur 7. Sindslidende 18+ år : Andel af alle ydelsesmodtagere med psyk alle diagnose og andel alle diagnosticerede med psyk alle diagnose med kontakt til Socialforvaltningen i 2014-2016



Figur 8. Sindslidende 18+ år: Andel af samlede udgifter, der kan henføres til en ØIM diagnose og psyk. alle diagnose i 2014-2016.



2. Udviklingen i antallet af københavnere med en handicapdiagnose 2010-2016

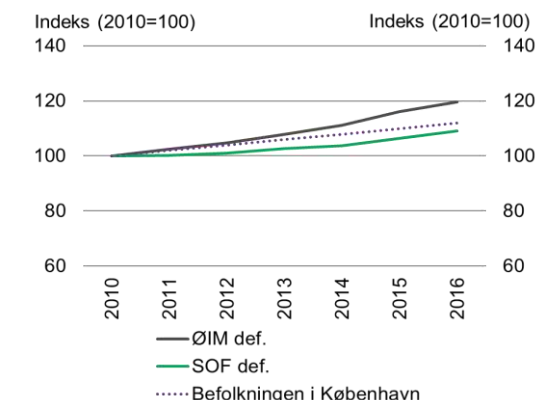
Diagnoseudvikling på handicapområdet 2010-2016

Analysen viser, at der er sket en stigning i antallet af borgere med en handicapdiagnose i Københavns Kommune ved begge diagnosedefinitioner i perioden 2010-2016, *jf. figur 9*. Når der tages højde for den demografiske udvikling stiger indekset på 8 pct. i antallet af alle borgere med en handicapdiagnose efter Økonomi- og Indenrigsministeriets definition men falder omvendt ved brug af Socialforvaltningens definition i perioden, *jf. figur 10 og figur 11*.

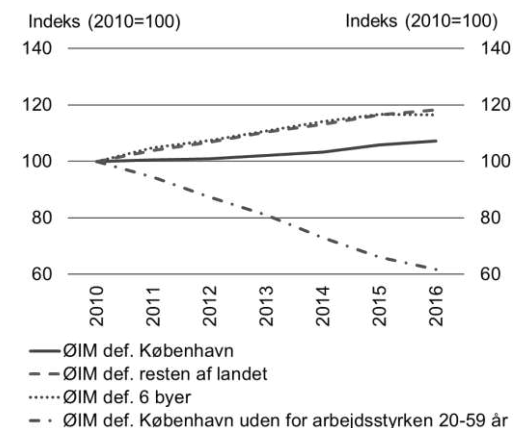
Faldet i det socioøkonomiske indeks i København i udligningssystemet skyldes i høj grad et fald i antallet af borgere med en ØIM diagnose uden for arbejdsstyrken i aldersgruppen 20-59 år, *jf. figur 10*. Dette kriterium er ikke medtaget i analysen og derfor er opgørelsen ikke sammenlignelig med Økonomi- og Indenrigsministeriets opgørelse.

De øvrige 6 byer og resten af landet har oplevet en væsentlig større stigning i antallet af borgere med en handicapdiagnose end i København ved begge diagnosedefinitioner. København har dermed en bedre socioøkonomisk diagnoseudvikling baseret på handicapdiagnoser end øvrige 6 byer og resten af landet.

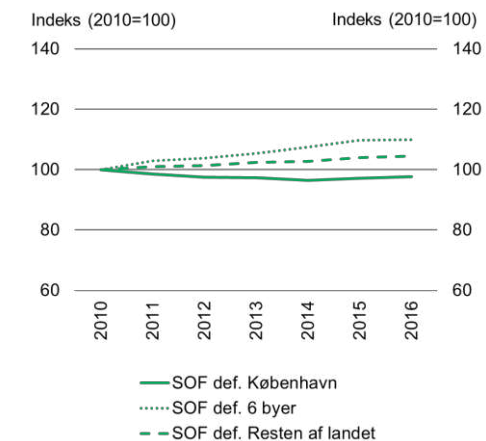
Figur 9: Udviklingen i total antal københavnere med handicapdiagnose, ØIM def. og SOF def. samt befolkningsudvikling 2010-2016.



Figur 10: Udvikling i total antal københavnere, 6 byer og resten af landet pr. 1.000 indbygger handicapdiagnose, ØIM def. 2010-2016



Figur 11: Udvikling i total antal københavnere, 6 byer og resten af landet pr. 1.000 indbygger handicapdiagnose, SOF def. 2010-2016



2. Udviklingen i antallet af københavnere med en sindslidendediagnose i 2010-2016

Diagnoseudvikling på sindslidendeområdet 2010-2016

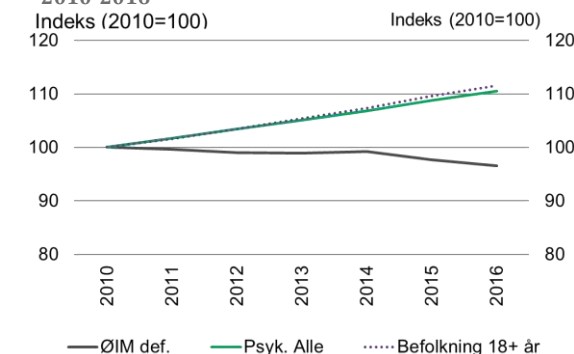
I beregningen af det socioøkonomiske indeks i udligningssystemet indgår udviklingen af antallet af borgere i kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen inden for en ti-årig periode. Diagnoserne er afgrænset til aktionsdiagnoser inden for de tre første hovedgrupper ud af tolv hovedgrupper, herunder diagnoser inden for organiske psykiske lidelser, psykiske lidelser forårsaget af psykoaktive stoffer og skizofrenilidelser.

Der er i perioden sket et fald i antallet af københavnere med en psykiatriske diagnose efter Økonomi- og Indenrigsministeriets definition, *jf. figur 12*. Når der tages højde for befolkningsudviklingen er faldet stort, *jf. figur 13*. Det store fald kan tilskrives et stort fald i antallet af borgere med psykiske lidelser grundet psykoaktive stoffer (se bilag). Der sker også et fald i de øvrige 6 byer og resten af landet, men væsentlig mindre end i København.

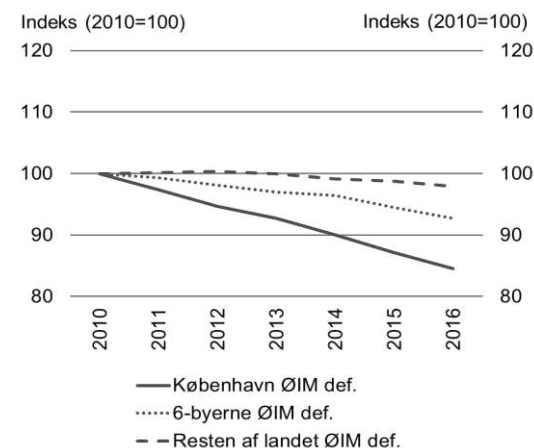
Når der tages udgangspunkt i den generelle diagnoseudvikling for alle psykiske lidelser, er der en stigning på 10 pct. i antallet af +18 årige med en psykisk lidelse i København, *jf. figur 12*. Når der tages højde for befolkningsudviklingen er niveauet uændret, *jf. figur 14*. I de øvrige 6-byer og på landsplan ses en væsentlig stigning i antallet af borgere med en psykiatridiagnose sammenlignet med København.

København har dermed oplevet en positiv udvikling i forhold til antallet af borgere med en psykiatrisk diagnose i forhold til de øvrige 6 byer og resten af landet både efter Økonomi- og Indenrigsministeriets definition, og når man ser på alle psykiatriske lidelser.

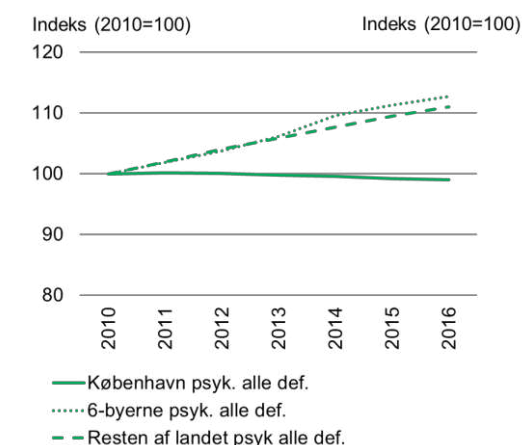
Figur 12: Sindslidende 18+år. Udviklingen i antallet af københavnere med en sindslidendediagnose, ØIM def. og psyk. alle def. samt befolkningsudviklingen i 2010-2016



Figur 13: 18 + år. Diagnoseudvikling pr. 1.000 indbygger i København, 6 byer og resten af landet, ØIM def. 2010-2016



Figur 14: 18 + år. Diagnoseudvikling pr. 1.000 indbygger i København, 6 byer og resten af landet med alle psykiatriske diagnoser. 2010-2016



3. Diagnoseudvikling på tværs af aldersgrupper

Diagnoseudvikling aldersopdelt

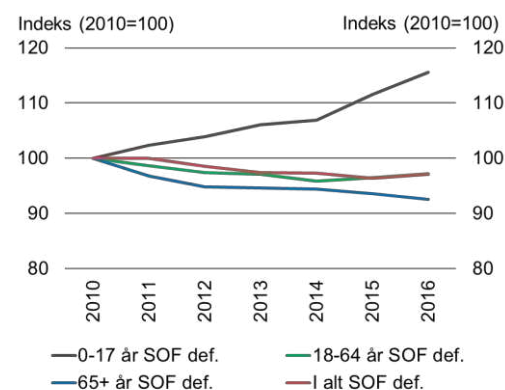
Analysen viser, at der er stor forskel i diagnoseudviklingen mellem aldersgrupperne.

På handicapområdet ses samlet set, at der i perioden 2010-2016 er et uændret antal borgere pr. 1.000 indbygger med en handicapdiagnose efter Socialforvaltningen definition, men når der ses aldersopdelt ses en forskydning til flere børn- og unge med en handicapdiagnose og færre ældre med en handicapdiagnose og et mindre fald i gruppen af 18-64 år, *jf. figur 15*. Børn- og ungegruppen udgør forholdsmæssigt en mindre gruppe, hvorfor indekset samlet set ikke bliver trukket op.

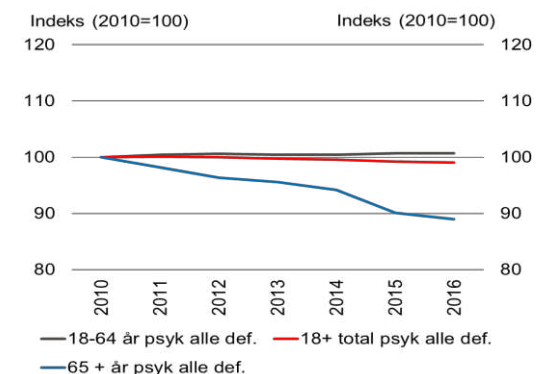
På sindslidendeområdet er der i perioden samlet set et uændret antal borgere med sindslidendediagnose pr. 1.000 indbygger, men når der ses aldersopdelt er der en lille stigning i aldersgruppen 18-64 år og et fald i antallet af ældre med en sindslidendediagnose, *jf. figur 16*.

Analysen viser således, at der i en eventuel socioøkonomisk korrektion kan være grundlag for at foretage indekseringer aldersopdelt.

Figur 15. Diagnoseudvikling pr. 1.000 indbygger København, aldersopdelt SOF def. handicap



Figur 16. Diagnoseudvikling pr. 1.000 indbygger København, aldersopdelt psyk. alle def. sindslidende



4. Udvikling i antallet af ydelsesmodtagere med diagnoser og individbaserede udgifter 2014-2016 - handicapområdet

Udviklingen i antal ydelsesmodtagere med handicapdiagnose

I analysen er det undersøgt om der er sammenhæng i diagnoseudviklingen og antallet af ydelsesmodtagere med en handicapdiagnose i Socialforvaltningen samt udgiftsudviklingen.

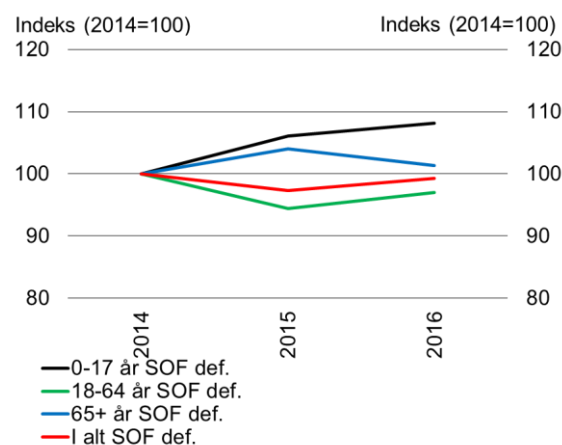
Der er i perioden 2014-2016 ikke sket en stigning i det samlede antal ydelsesmodtagere med handicapdiagnose (SOF def.), men der er en forskydning over mod flere ydelsesmodtagere med en handicapdiagnose blandt børn og unge og en lille stigning blandt de ældre, *jf. figur 17*. De børn og unge som forvaltningen er i kontakt med har således i højere grad en handicapdiagnose, men udgifterne er ikke steget til aldersgruppen, når der tages højde for demografi, *jf. figur 18*.

For gruppen af de ældre er der sket en mindre stigning i antallet af ydelsesmodtagere med en ØIM-handicapdiagnose og en stor stigning i udgifterne til gruppen.

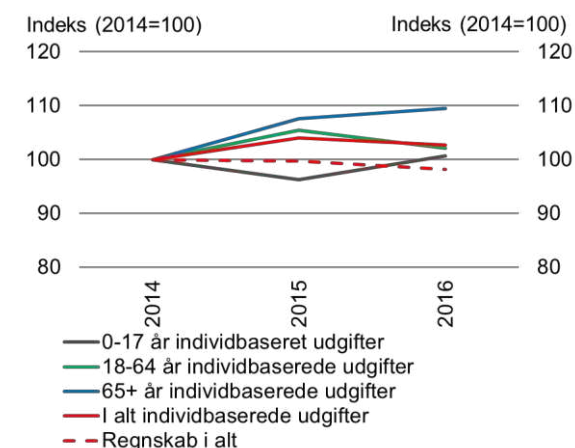
Samlet set er der sket en svag stigning i de individbaserede udgifter pr. 1.000 indbygger i perioden 2014-2016 men med forskydninger mellem aldersgrupperne. Regnskabstallet viser et lille fald, der kan tilskrives de metodiske valg i opgørelsen af de individbaserede udgifter.

Resultaterne skal ses i forhold til, at det kun har været muligt at henvføre diagnoser på 34 pct. af ydelsesmodtagerene og 67 pct. af udgifterne.

Figur 17. Udvikling i antal ydelsesmodtagere pr. 1.000 indb. med handicapdiagnose SOF. def., aldersfordelt og total 2014-2016



Figur 18. Udvikling i individbaserede demografiudgifter på handicapområdet pr. 1.000 indb., aldersopdelt og total 2014-2016



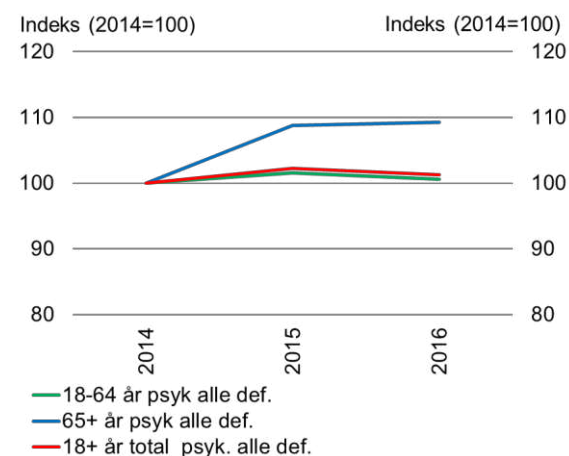
4. Udvikling i antallet af ydelsesmodtagere med diagnoser og individbaserede udgifter 2014-2016 – sindslidendeområdet

Udvikling i antal ydelsesmodtagere med sindslidendediagnose

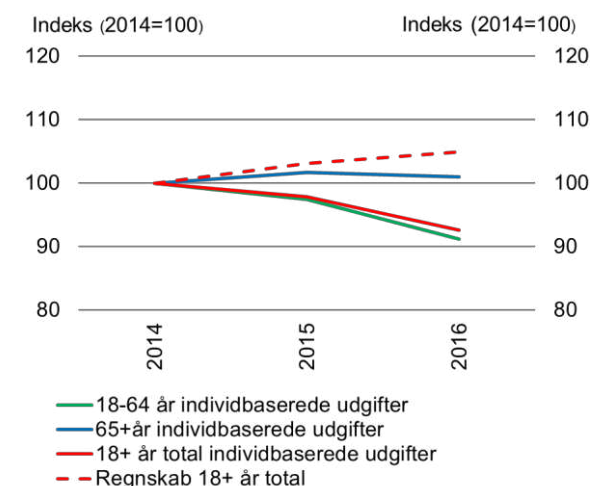
Analysen på sindslidendeområdet viser, at det samlede antal af ydelsesmodtagere med en psykiatrisk diagnose er stabilt i perioden 2014-2016, når der tages højde for den demografiske udvikling, *jf. figur 19*. Der er dog en forskydning mod flere ældre ydelsesmodtagere med en psykiatridiagnose, der forholds-mæssigt udgør en mindre gruppe.

I samme periode er der sket et fald i de individbaserede udgifter pr. 1.000 indbygger, *jf. figur 20*. Når der ses på regnskabstallet ses en stigning i udgifterne, der kan henføres til, at der er sket politiske prioritering af midler til bl.a. botilbudsområdet, som følge af drab på botilbud. Disse midler indgår ikke i opgørelsen af de de individbaserede udgiftstal.

Figur 19. Udvikling i antal ydelsesmodtagere pr. 1000 indb. med psykiatrisk diagnose psyk. alle. def., aldersfordelt og total 2014-2016



Figur 20. Udvikling pr. 1.000 indb. i individbaserede demografiudgifter sindslidendeområdet, aldersopdelt og total 2014-2016



5. Udviklingen i udgiftsbehovet på handicapområdet på baggrund af diagnoseudviklingen i 2010-2016

Vægtning og metodiske forbehold

I analysen er det afprøvet af vægte diagnoser efter udgiftsomfanget, for at undersøge om der er sket en udvikling i udgiftsbehovet over tid og for at se, om man i en socioøkonomisk korrektion vil kunne tage højde for udviklingen i diagnosesammensætningen og ikke kun det samlede antal diagnosticerede.

I analysen på handicapområdet er diagnoseudviklingen vægtet på forskellige niveauer efter diagnoseklassifikationssystemet på hhv. aggregeret niveau (klassifikation), mellemgruppeniveau (hovedgruppe) og laveste niveau (diagnose).

Analysen viser overordnet set, at der er forskel i udgiftsbehovet på forskellige diagnoser og diagnoser inden for psykiske lidelser og sygdomme i nervesystemet ser ud til, at være de områder som er omkostningstunge på handicapområdet på alle niveauer og alle aldersgrupper (se bilag). Analysen viser imidlertid, at vægtningen af diagnoser på alle tre niveauer indebærer betydelig usikkerhed og tolkning i udviklingen i udgiftsbehovet på handicapområdet skal derfor foretages med stor forsigtighed. Der er således en lille sammenhæng mellem den vægtede udvikling og udgifterne. De metodiske problemer relaterer sig bl.a. til at sikre retvisende enhedspriser, pga. af for få observationer eller borgere med dobbeltdiagnoser og skift i enhedspriser ved skift i udgiftsår. I bilaget fremgår nærmere analyse af følsomheden af metoden.

Derudover er et som nævnt kun muligt at henhøre en diagnose på 34 pct. af ydelsesmodtagerne og henhøre 67 pct. af udgifterne til handicapdiagnoser på området.

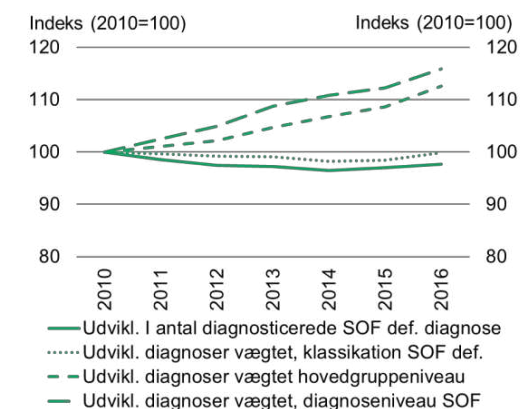
Derfor vurderes det på nuværende grundlag ikke muligt at lave en metodisk sikker vægtning af diagnoser på handicapområdet.

Udviklingen i udgiftsbehovet på handicapområdet

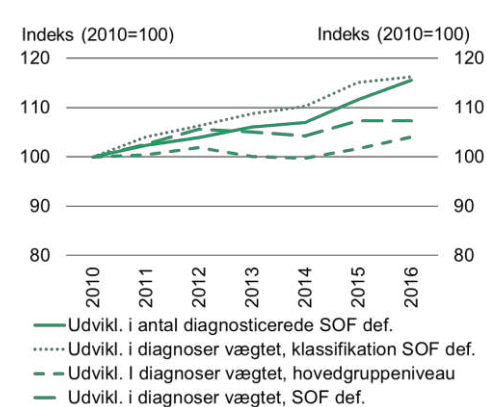
Analysen viser stor forskel i udviklingen i beregnet udgiftsbehov på de forskellige niveauer, jf. figur 21. Klassifikationsniveauet følger den generelle diagnoseudvikling, der viser et mindre fald i perioden. Faldet kan bl.a. tilskrives et beregnet fald i udgifterne pr. 1.000 indbygger i klassifikationen psykiske lidelser og nervesygdomme. Når der beregnes på hovedgruppeniveau og diagnoseniveau ses til gengæld en stor stigning i indekset. Den beregnede stigning på hovedgruppeniveau kan bl.a. tilskrives en stigning i udgifterne til mental retardering, udviklingsforstyrrelser og misdannelser og på diagnoseniveau, bl.a. mental retardering og autismediagnoser.

Når der ses på gruppen af 0-17 årige ses en omvendt udvikling, hvor klassifikationsniveauet følger den generelle udvikling i diagnoser og dermed viser ingen stigning i udgiftsbehovet, jf. figur 22. Hovedgruppeniveauet og diagnoseniveauet viser derimod et faldende udgiftsbehov i forhold til den generelle diagnoseudvikling.

Figur 21. Udvikling i indeks for beregnet udgiftsbehov pr. 1000 indb. SOF def. Total. 2010-2016



Figur 22. Udvikling i indeks for beregnet udgiftsbehov pr. 1000 indbygger 0-17 år: SOF def. 2010-2016



5. Udviklingen i diagnoser og udgiftsbehovet sammenholdt med udvikling i udgifterne – handicapområdet 2011-2016

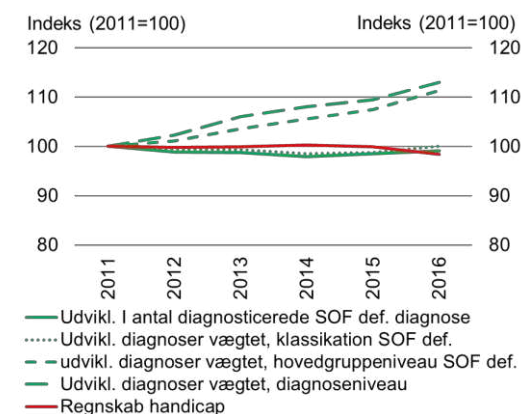
Beregnet udgiftsbehov sammenholdt med udgifter

Analysen viser, at der på handicapområdet har været et stabilt niveau i udgifterne på området, når der tages højde for befolkningsudviklingen. Dog ses et svagt fald i udgifterne fra 2015 til 2016, jf. figur 23.

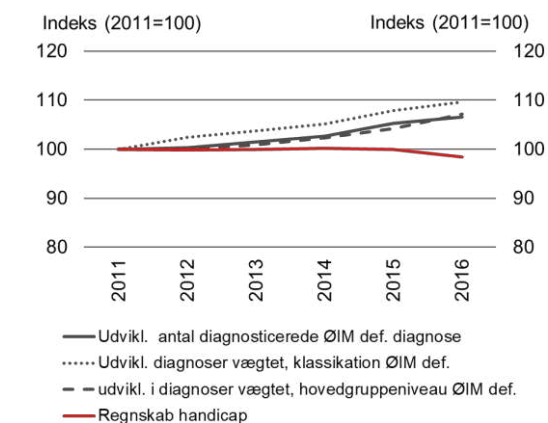
Udviklingen i udgiftsbehovet afhænger af hvilket diagnosniveau, der anvendes. Der ses et mindre fald i indekset på klassifikationsniveau og et stigende udgiftsbehov på hovedgruppeniveau og diagnosniveau for begge diagnoseafgrænsninger, jf. figur 23 og figur 24.

På baggrund af de tidligere skitserede metodiske vanskeligheder er det svært at konkludere noget entydigt om sammenhængen mellem diagnoseudviklingen, herunder den vægtede, og udviklingen i udgiftsbehovet på handicapområdet.

Figur 23. Udvikling i antallet af diagnosticerede sammenholdt med indeks for beregnet udgiftsbehov ved diagnoser vægtet samt regnskabsudgifter. Total. Pr. 1.000 indb. SOF def. 2011-2016



Figur 24. Udvikling i antallet af diagnosticerede sammenholdt med indeks for beregnet udgiftsbehov ved diagnoser vægtet samt regnskabsudgifter. Total. Pr. 1.000 indb. ØIM def. 2011-2016



5. Udviklingen i udgiftsbehovet på sindslidendeområdet 2010-2016

Udviklingen i udgiftsbehovet på sindslidendeområdet

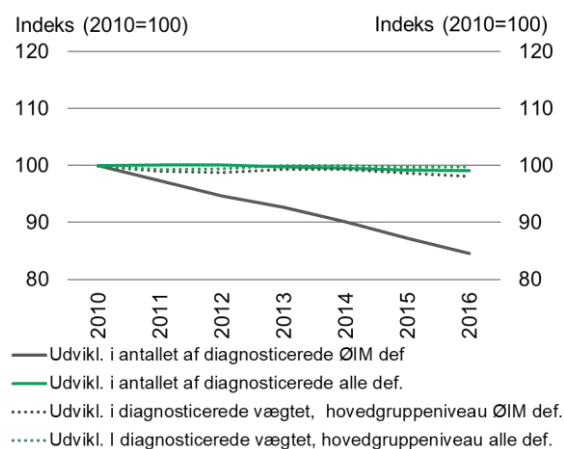
Analysen viser, at det særligt er skizofrenilidelser, der er omkostningsfuld på området, som lignede undersøgelser i sygehusvæsnet også viser (se bilag).

Analysen viser ved begge definitioner, at der i perioden 2010-2016 er et uændret udgiftsbehov, når der tages højde for den demografiske udvikling, *jf. figur 25*. Årsagen til dette er i høj grad et uændret antal borgere med skizofrenilidelser pr. 1.000 indbygger, *jf. figur 27*. Forskellen i indekset i forhold til udviklingen i det samlede antal borgere med ØIM diagnose skyldes et stort fald i antallet af borgere med lidelser pga. psykoaktive stoffer, som ikke er lige så udgiftstung som skizofreni. Når der tages højde for diagnosernes udgiftsomfang trækker det således indekset op.

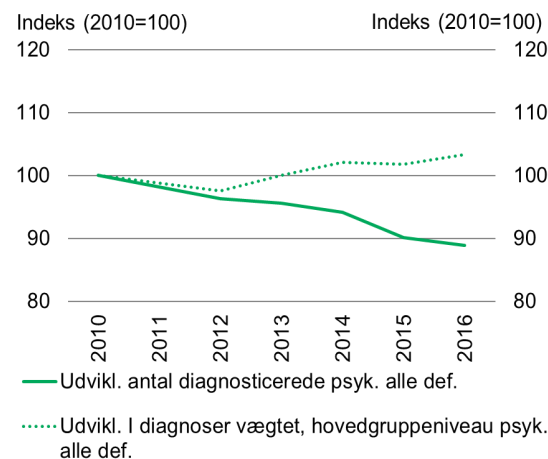
Når der ses på gruppen af ældre viser analysen et stort fald i det samlede antal ældre med en psykiatrisk diagnose, men et stigende udgiftsbehov på området, når diagnoseudviklingen vægtes, *jf. figur 26*. Årsagen til dette er bl.a. en stigning på 14 pct. i antallet af ældre med en skizofrenilidelse, der er en omkostningstung diagnose.

Der er ikke gennemført følsomhedsanalyse af diagnosevægtene på hovedgruppeniveau, så resultaterne skal tolkes med forbehold.

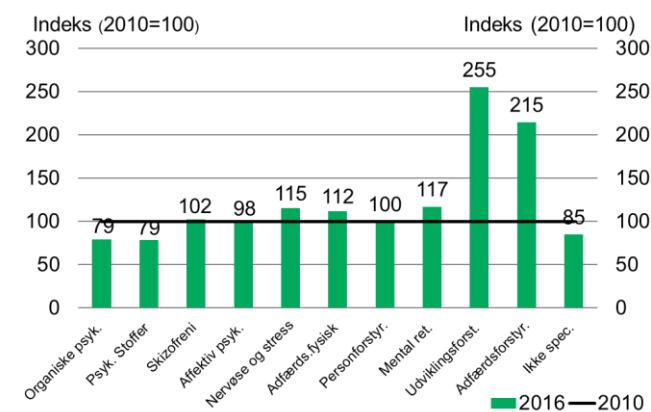
Figur 25. 18+ år total: Udviklingen i beregnet udgiftsbehov vægtes på hovedgruppeniveau, samt diagnoseudvikling, ØIM og Psyk alle def. pr. 1.000 indb. 2010-2016



Figur 26. 65+ år: Udviklingen i beregnet udgiftsbehov vægtes på hovedgruppeniveau, samt diagnoseudvikling, ØIM og Psyk alle def. Pr. 1.000 indb. 2010-2016



Figur 27. 18+ år total: Diagnoseudvikling pr. 1.000 indbygger for alle psykiatriske diagnoser på hovedgruppeniveau i perioden 2010-2016



5. Udviklingen i diagnoser og udgiftsbehov sammenholdt med udviklingen i udgifterne – sindslidendeområdet 2012-2016

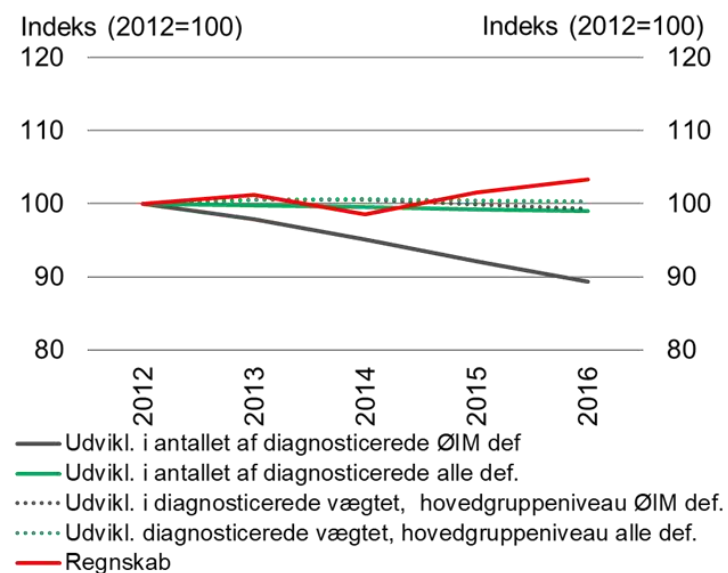
Beregnet udgiftsbehov sammenholdt med udgifter

Analysen viser samlet set, at der ikke er sket en stigning i udgiftsbehovet på sindslidendeområdet i København i perioden 2012-2016, når der tages højde for befolkningsudviklingen, *jf. figur 28*.

I den undersøgte periode, var der ikke en demografiregulering på sindslidendeområdet. I perioden ses en stigning i udgifterne til demografiregulerede ydelser i regnskabet, der blandt andet skyldes politiske prioriteringer af området.

Analysen viser således på baggrund af udviklingen i det samlede antal københavnere med psykiske lidelser og på baggrund af det beregnede udgiftsbehov ikke grundlag for en socioøkonomisk korrektion af budgettet på sindslidendeområdet.

Figur 28. Udvikling i diagnosticerede, udviklingen i udgiftsbehovet (diagnoser vægtet på hovedgruppeniveau), samt udvikling i udgifterne, pr. 1.000 indbygger, ØIM def. og psyk. alle def. 2012-2016

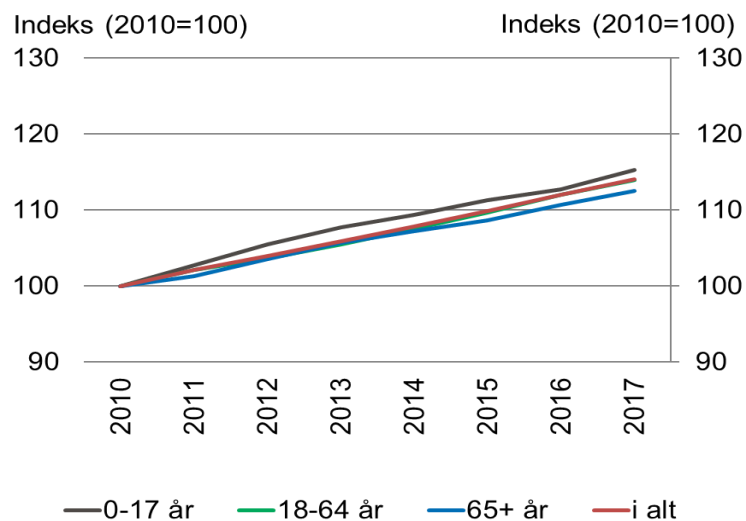


Bilagsrapport til analyse af handicapområdet

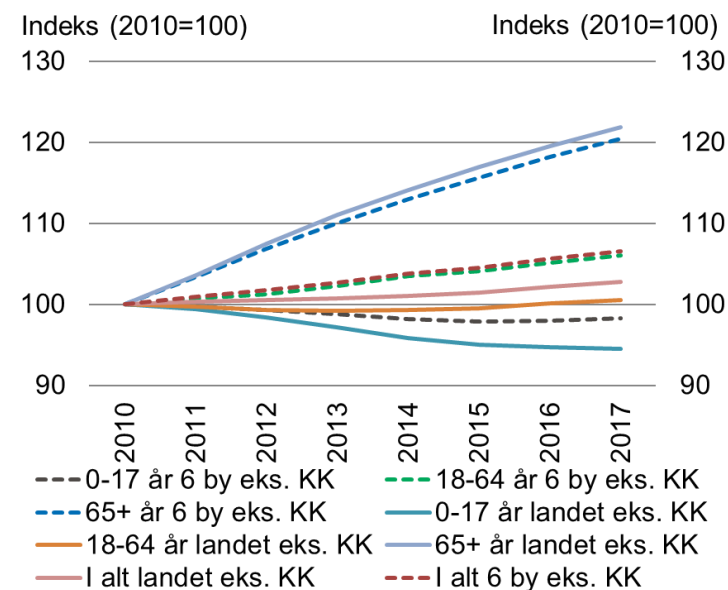
Supplerende datatræk til analysen på handicapområdet

Befolkningsudviklingen i København, 6 byer og resten af landet

København

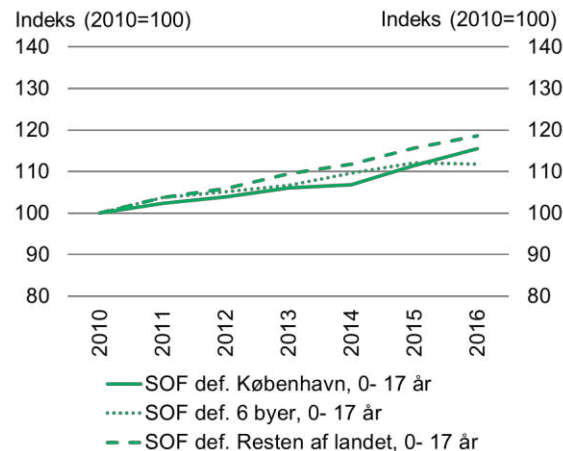
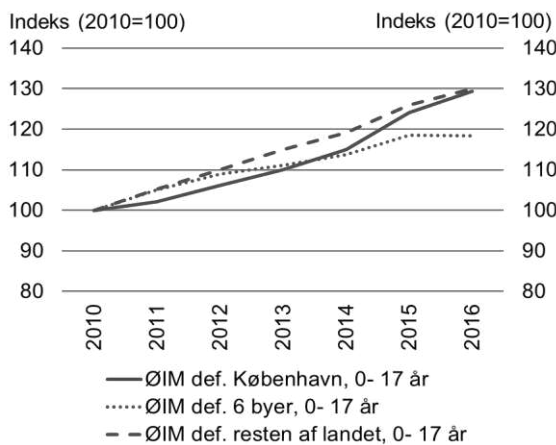


6 byer og resten af landet (eksklusiv København)

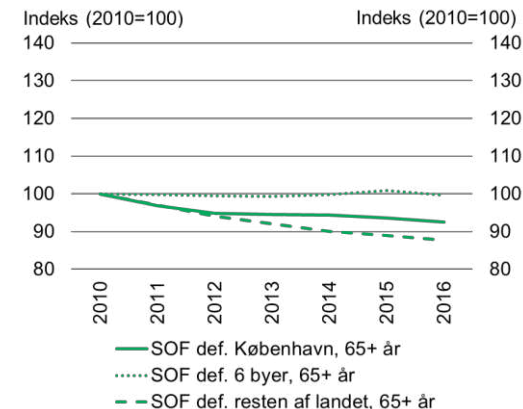
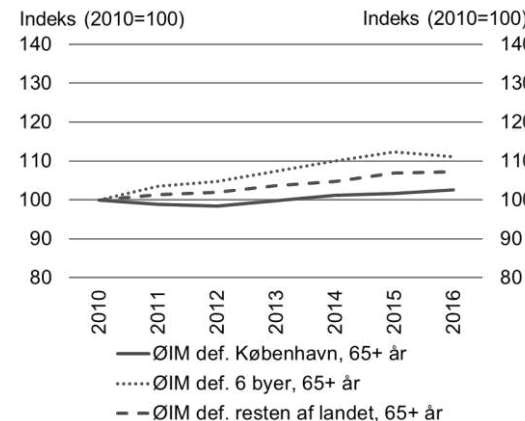


Udviklingen i antallet af københavnere pr. 1.000 indbygger med handicapdiagnoser 2010-2016

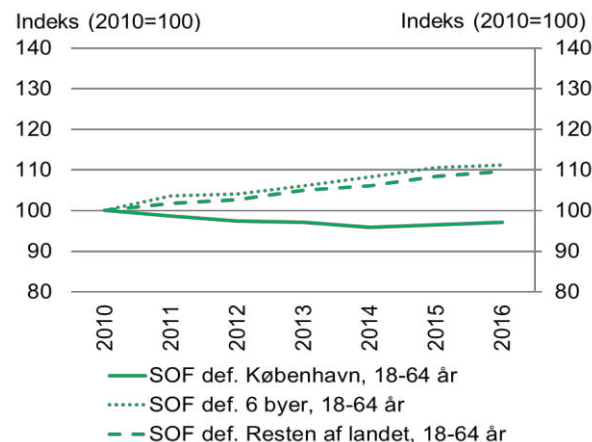
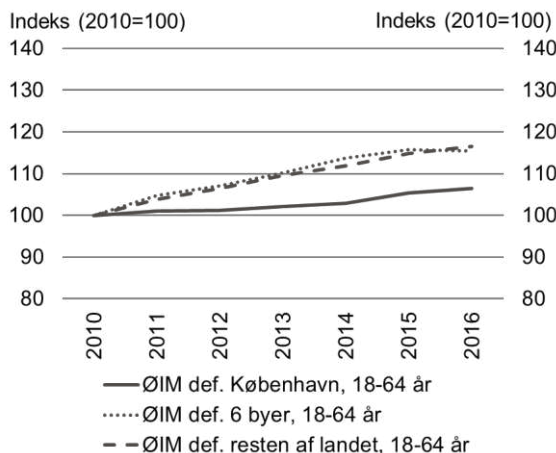
0-17 år



65 + år

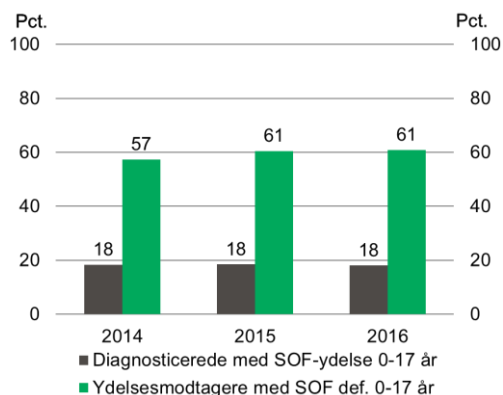
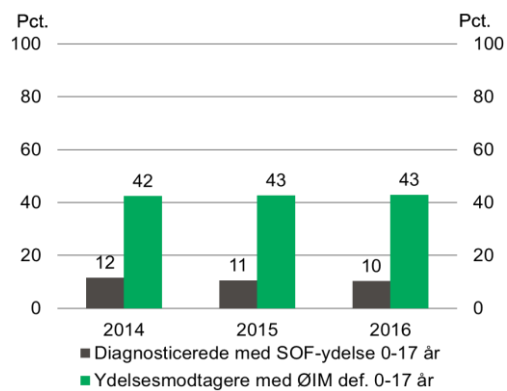


18-64 år

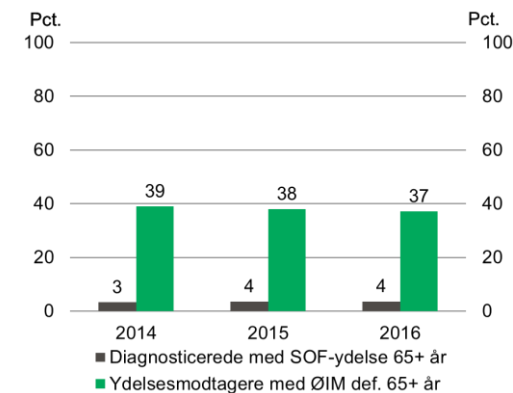
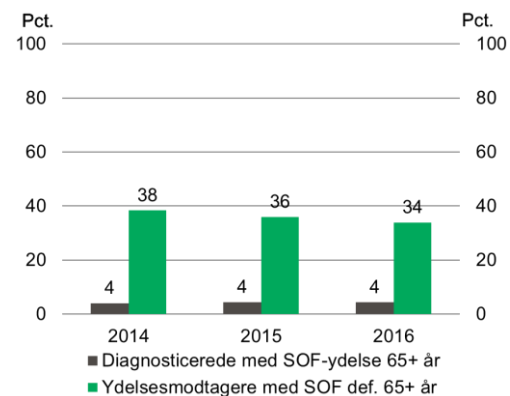


Ydelsesmodtagere med diagnose og diagnosticerede med ydelse, aldersopdelt på handicapområdet

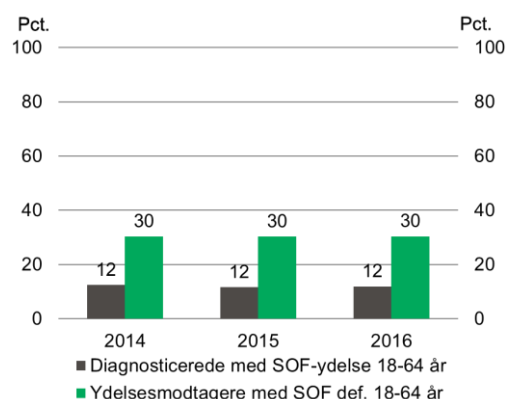
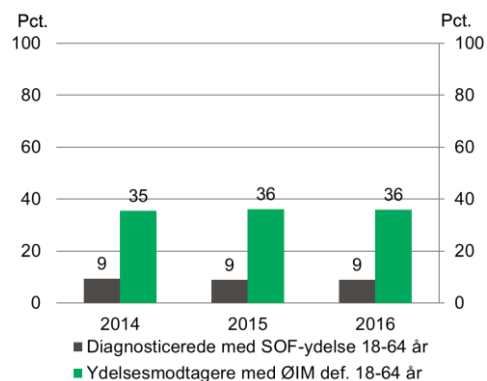
0-17 år



65 + år



18-64 år



Individbaserede udgifter til demografiregulerede ydelser på handicapområdet - Samlet og pr. 1.000 indbygger

Samlede individbaserede udgifter på handicapområdet 2014-2016, fordelt på alder (mio.kr.)

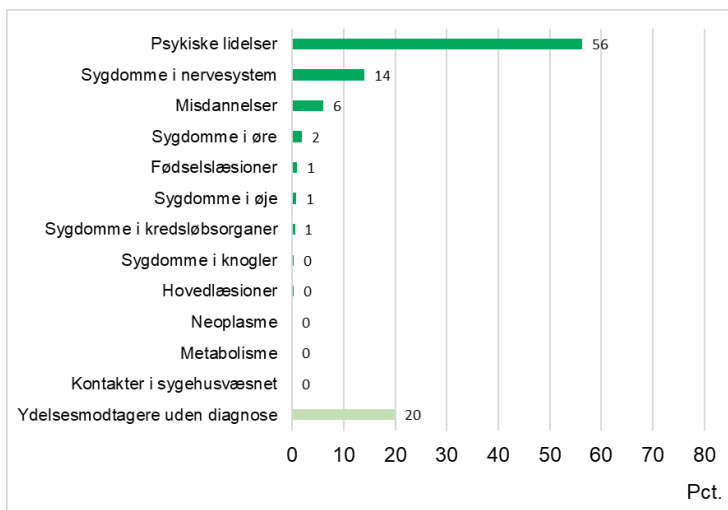
PL 2016	2014	2015	2016
0-17 år	285	277	297
18-64 år	1.162	1.250	1.233
65+ år	183	201	208
I alt	1.630	1.728	1.737

Udviklingen i indeks for individbaserede udgifter pr. 1.000 indbygger 2014-2016, fordelt på alder.

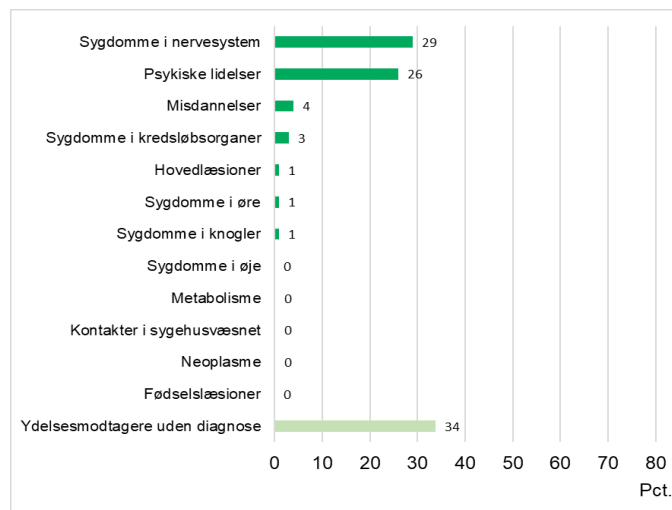
PL 2016	2014	2015	2016
0-17 år	100	96	101
18-64 år	100	105	102
65+ år	100	108	109
i alt	100	104	103

Udgifter i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer og andel af samlet SOF udgift– handicapområdet (SOF def.)

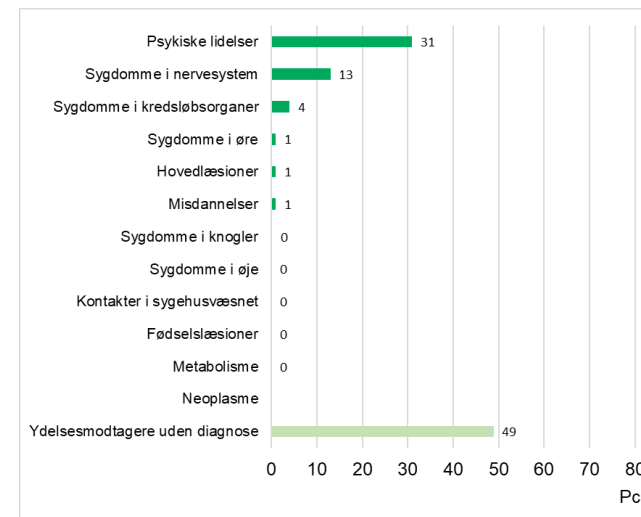
Andel af samlede individbaserede udgifter SOF i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer (SOF definition), 0-17 år handicap.



Andel af samlede individbaserede udgifter SOF i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer (SOF definition), 18-64 år handicap.

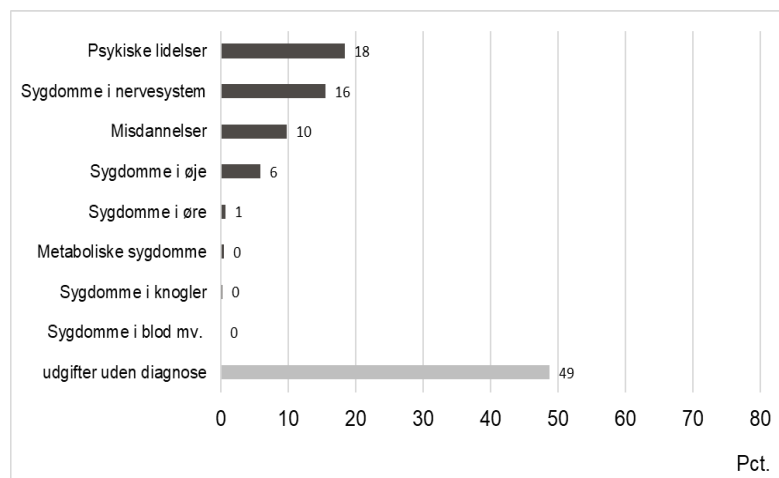


Andel af samlede individbaserede udgifter SOF i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer (SOF definition), 65+ år handicap.

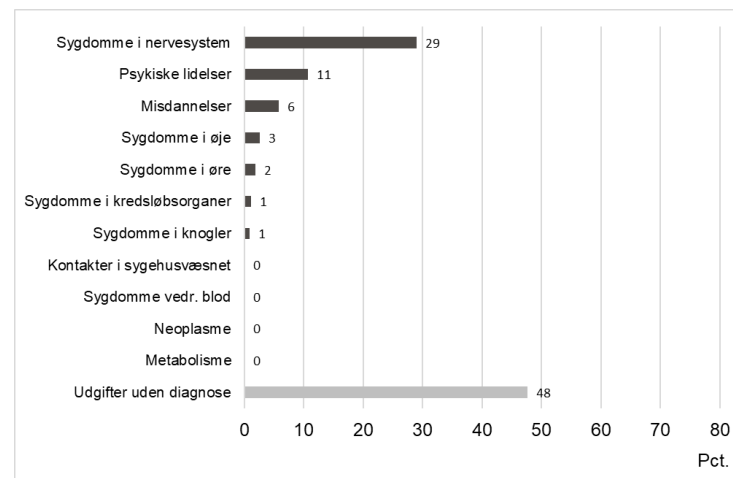


Udgifter i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer og andel af samlet SOF udgift– handicapområdet (ØIM def.)

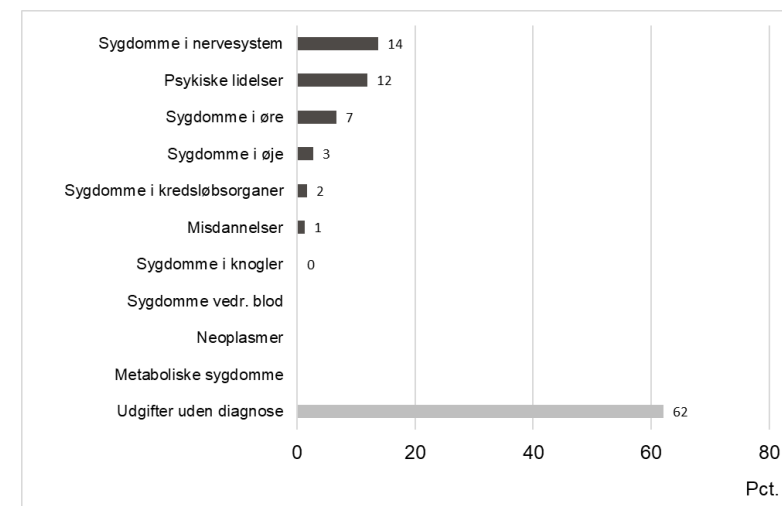
Andel af samlede individbaserede udgifter SOF i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer (SOF definition), 0-17 år handicap.



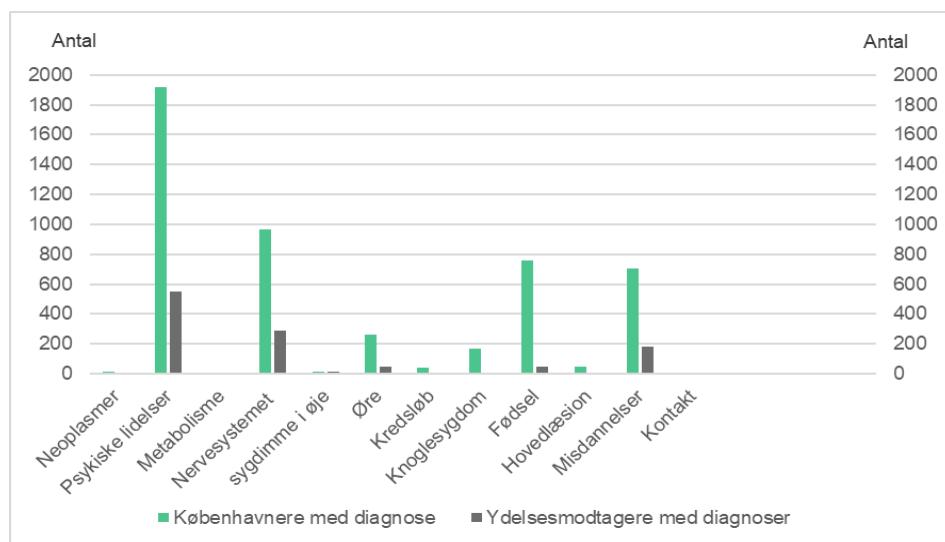
Andel af samlede individbaserede udgifter SOF i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer (ØIM definition), 18-64+ år handicap.



Andel af samlede individbaserede udgifter SOF i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer (ØIM definition), 65+ år handicap.

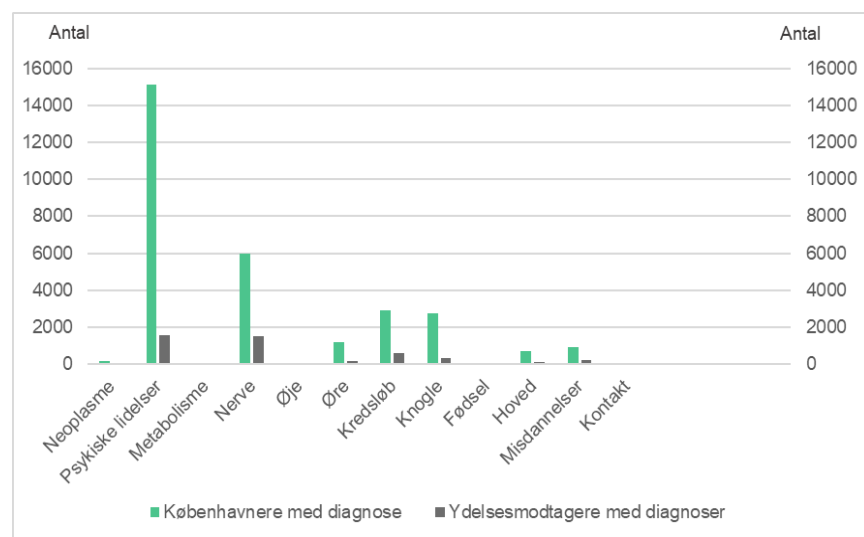


0-17 år klassifikationsniveau: Antal diagnosticerede og antal ydelsesmodtagere i 2016 med en SOF handicapdiagnose inden for 10 år.



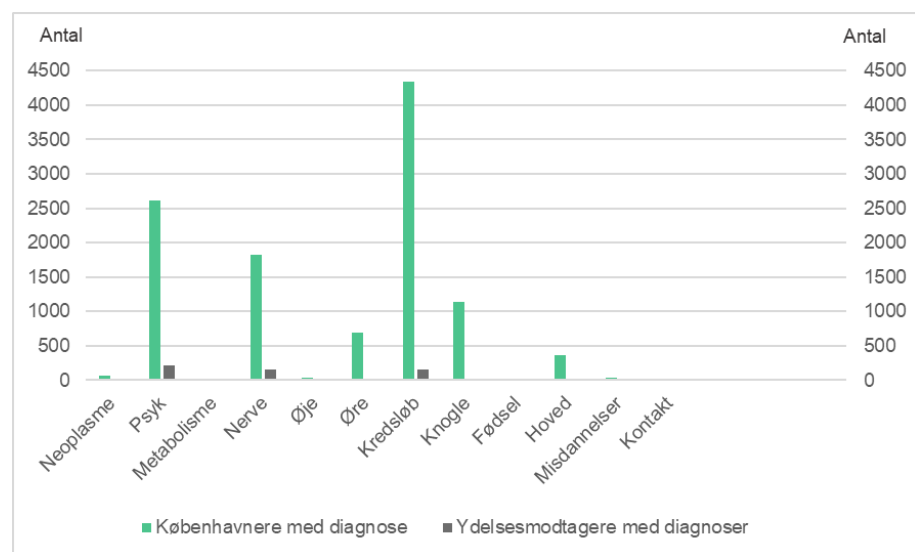
Ydelsesmodtagere med diagnoser	
Neoplasmer	-
Psykiske lidelser	549
Metabolisme	5
Nervesystemet	288
sygtimme i øje	11
Øre	47
Kredsløb	9
Knoglesygdom	9
Fødsel	51
Hovedlæsion	0
Misdannelser	184
Kontakt	0

18-64 år klassifikationsniveau: Antal diagnosticerede og antal ydelsesmodtagere i 2016 med en SOF handicapdiagnose inden for 10 år.



Ydelsesmodtagere med diagnoser	
Neoplasme	20
Psykiske lidelser	1543
Metabolisme	0
Nerve	1480
Øje	20
Øre	145
Kredsløb	596
Knogle	312
Fødsel	0
Hoved	98
Misdannelser	230
Kontakt	6

65+ år klassifikationsniveau: Antal diagnosticerede og antal ydelsesmodtagere i 2016 med en SOF handicapdiagnose inden for 10 år.

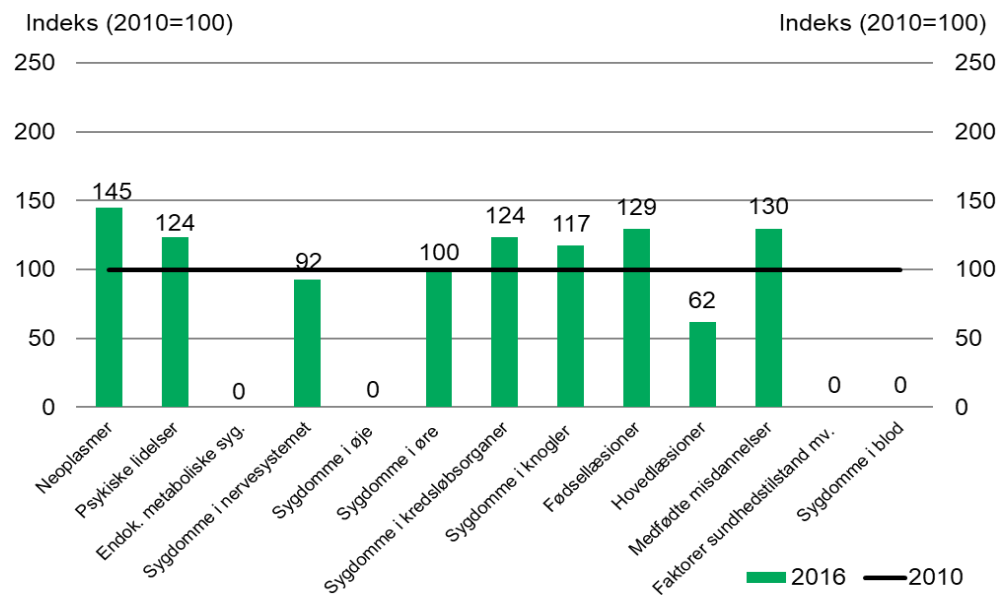


Ydelsesmodtagere med diagnoser

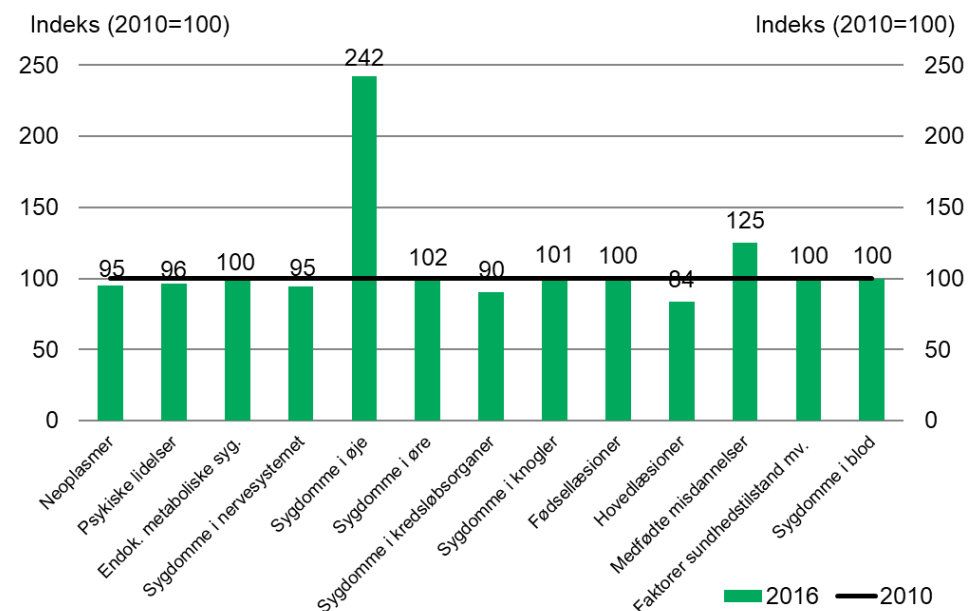
Neoplasme	-
Psyk	222
Metabolisme	0
Nerve	159
Øje	-
Øre	27
Kredsløb	156
Knogle	24
Fødsel	0
Hoved	19
Misdannelser	-
Kontakt	-

Udvikling i diagnosesammensætning pr. 1.000 indbygger 2010-2016 – handicapområdet (SOF def.)

Udviklingen i diagnosesammensætning klassifikationsniveau i 2010 til 2016, 0-17 år handicap (SOF def.)

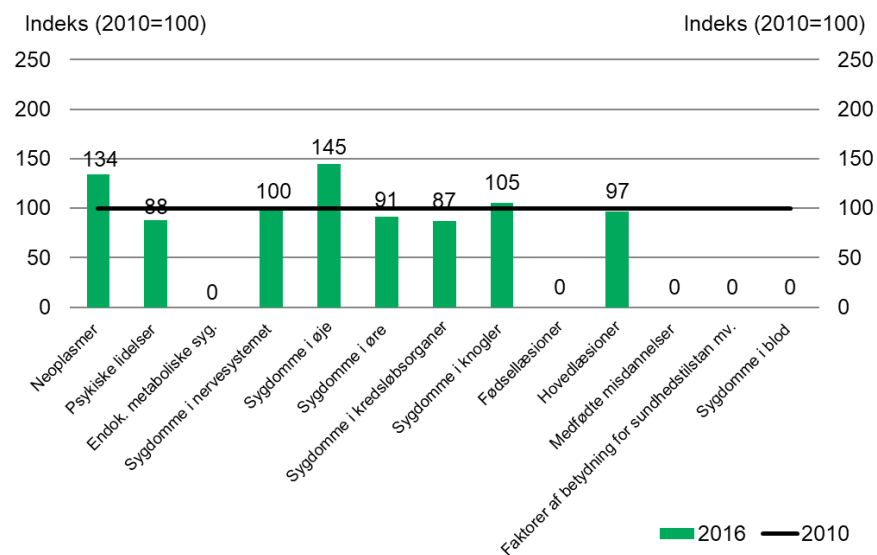


Udviklingen i diagnosesammensætning klassifikationsniveau i 2010 til 2016, 18-64 år handicap (SOF def.)



Udvikling i diagnosesammensætning pr. 1000 indbygger 2010-2016 – handicapområdet (SOF def.)

Udviklingen i diagnosesammensætning klassifikationsniveau i 2010 til 2016, 65+ år handicap. (SOF def.)



De beregnede mest udgiftstunge handicapdiagnoser og andel af udgifter (SOF def). (Grøn indgår ikke i ØIM diagnoseafgrænsning)

Beregnete udgifter på diagnosniveau 2016 hhv. samlede udgifter, gennemsnitlig enhedspris pr. diagnosticeret samt andel af SOF udgifter for aldersgruppen 0-17 år handicap.

Diagnose	Udgift (t.kr.)	Andel af SOF udgifter
Anden gennemgribende mental udviklingsforstyrrelse	39.328	13
Infantil autisme	32.380	11
Aspergers syndrom	30.308	10
Epilepsi UNS	21.789	7
Gennemgribende mental udviklingsforstyrrelse UNS	14.115	5
Atypisk autisme	11.346	4
Cerebral parese UNS	5.883	2
Spastisk tetraplegisk cerebral parese	5.187	2
Downs syndrom UNS	5.128	2
Spastisk diplegisk cerebral parese	4.298	1
Fokal epilepsi m komplekse/gen, tonisk-klonisk anfald (GTCS)	3.667	1
Perceptivt høretab UNS	3.332	1
Mental retardering UNS	3.247	1
Anden kromosomanomali	3.106	1
Kombinerede vokale og multiple motoriske tics	2.944	1

Beregnete udgifter på diagnosniveau 2016 hhv. samlede udgifter, gennemsnitlig enhedspris pr. diagnosticeret samt andel af SOF udgifter for aldersgruppen 18-64 år handicap.

Diagnose	Udgift (t.kr.)	Andel af SOF udgifter
Epilepsi UNS	68.097	6
Middelsvær mental retardering m væsentlig påvirkn. af adfærd	57.646	5
Fokal epilepsi m komplekse/gen, tonisk-klonisk anfald (GTCS)	53.539	4
Infantil autisme	44.884	4
Downs syndrom UNS	30.977	3
Sværere mental retardering m, væsentlig påvirkning af adfærd	28.309	2
Tetraplegi UNS	21.449	2
Mental retardering UNS	20.963	2
Epileptisk encefalopati	19.972	2
Aspergers syndrom	19.465	2
Atypisk autisme	19.020	2
Spastisk tetraplegi	18.545	2
Cerebral parese UNS	18.132	1
Middelsvær mental retardering med påvirkning af adfærd UNS	18.000	1
Lettere mental retardering m, væsentlig påvirkning af adfærd	16.896	1

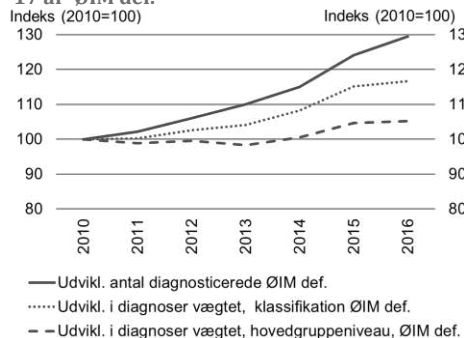
De beregnede mest omkostningsfulde handicapdiagnoser og andel af udgifter (SOF def). (Grøn indgår ikke i ØIM diagnoseafgrænsning)

Beregnete udgifter på diagnoseniveau 2016 hhv. samlede udgifter, enhedspris pr. diagnosticeret samt andel af SOF udgifter for aldersgruppen 65+ år handicap.

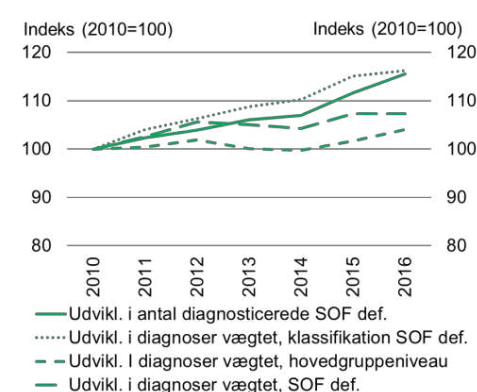
Diagnose	Udgift (t.kr.)	Andel af SOF udgifter
Sværere mental retardering m, væsentlig påvirkning af adfærd	9.794	5
Middelsvær mental retardering m væsentlig påvirkn, af adfærd	9.453	5
Epilepsi UNS	8.150	4
Mental retardering UNS	7.124	3
Middelsvær mental retardering med påvirkning af adfærd UNS	5.566	3
Fokal epilepsi m komplekse/gen, tonisk-klonisk anfald (GTCS)	4.779	2
Hjerneinfarkt UNS	3.988	2
Apoplexia cerebri UNS	3.972	2
Periodisk depression UNS	3.598	2
Paranoid psykose UNS	3.438	2
Dissemineret sklerose UNS	3.158	2
Sværere mental retardering med påvirkning af adfærd UNS	2.819	1
Sygdom i motorneuroner	2.114	1
Mental retardering UNS med ringe påvirkning af adfærd	2.078	1
Muskeldystrofi	2.054	1

Samlet indeks for udviklingen i beregnet udgiftsbehov (diagnoser vægtet)

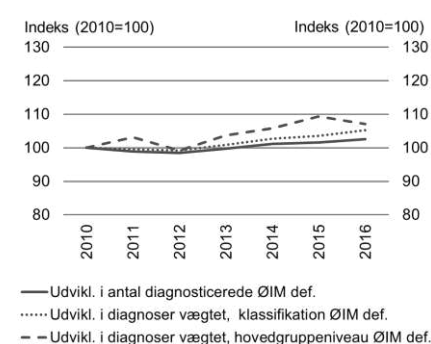
Udviklingen i diagnoser vægtet på hovedgruppeniveau og klassifikationsniveau, 0-17 år ØIM def.



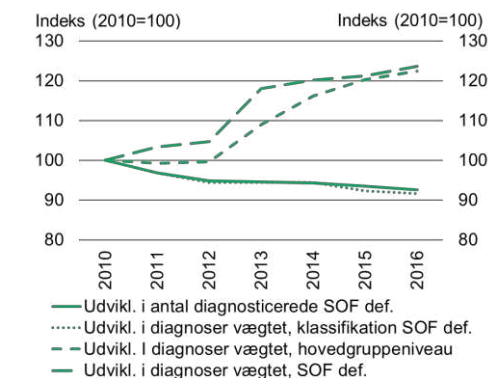
Udviklingen i diagnoser vægtet på hovedgruppeniveau, klassifikationsniveau og diagnoseniveau, 0-17 år SOF def.



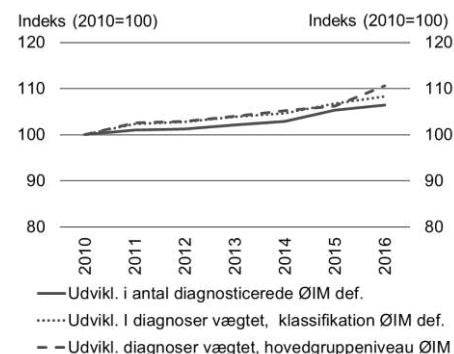
Udviklingen i diagnoser vægtet på hovedgruppeniveau og klassifikationsniveau, 65 +år ØIM def.



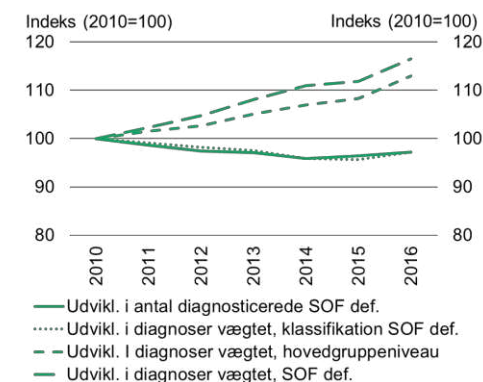
Udviklingen i diagnoser vægtet på hovedgruppeniveau, klassifikationsniveau og diagnoseniveau, 65+ år SOF def.



Udviklingen i diagnoser vægtet på hovedgruppeniveau og klassifikationsniveau, 18-64 år ØIM def.



Udviklingen i diagnoser vægtet på hovedgruppeniveau, klassifikationsniveau og diagnoseniveau, 18-64 år SOF def.



Følsomhedsanalyse af beregning af udgiftsbehovet på handicapområdet

Analysen viser, at vægtingen af diagnoser i høj grad påvirkes af udtræksåret for udgifterne, særligt på hovedgruppeniveau og diagnoseniveau.

Der er gennemført en følsomhedsanalyse af beregningerne af udviklingen i diagnoserne, når de vægtes, med henblik på at vurdere om metoden er anvendelig eller forbundet med for stor usikkerhed.

Følsomhedsanalyse er foretaget ved at basere udgiftsvægtene på 2015 data, og se hvor følsom analysen er i forhold til ændringer i priserne over årene. Følsomhedsanalysen er foretaget på både klassifikationsniveau, der dækker 13 diagnoseklassifikationer, hovedgruppeniveau og på diagnoseniveau, der dækker 343 diagnoser og for alle aldersgrupper.

Følsomhedsanalysen viser, at der er store afvigelser i analysen på hovedgruppeniveau og diagnoseniveau og dette gælder for alle aldersgrupper.

På den baggrund vurderes det, at beregningen af udviklingen i udgiftsbehovet er for usikker og ikke kan ligge til grund for en socioøkonomisk korrektion.

Følsomhedsanalyse	Indeks vægte 2015	Indeks vægte 2016	Forskel i indeks i pct.
	(udvikling i indeks fra 2010-2016)	(udvikling i indeks fra 2010-2016)	
0-17 år Klassifikationsniveau	0,16	0,17	5
0-17 år Hovedgruppeniveau	0,02	0,04	89
0-17 år Diagnoseniveau	0,11	0,07	31
18-64 år Klassifikationsniveau	-0,03	-0,03	11
18-64 år Hovedgruppeniveau	0,17	0,13	-22
18-64 år Diagnoseniveau	0,21	0,17	-22
65+ år - Klassifikationsniveau	-0,08	-0,09	3
65+ år Hovedgruppeniveau	0,23	0,22	4
65+ år Diagnoseniveau	0,27	0,24	11

Analyse af robusthed i diagnosevægtning på de forskellige niveauer på handicapområdet 0-17 år SOF def.

Analysen viser, at det særligt på diagnoseniveau ikke er muligt at udarbejde vægtning, der lever op til metodekrav og en høj andel af udgifterne er fordelt forholdsmæssigt.

Opfyldelse af krav til diagnosevægt på forskellige niveauer 0-17 år.

Niveau	Antal	Antal lever op til diagnosevægtkrav
Klassifikation	13	3
Hovedgruppe	40	4
Diagnose	162	5

Fordeling af vægtede og uvægtede diagnoseudgifter på forskellige niveauer 0-17 år.

Vægtning	Klassifikation (mio.kr.)	Hovedgruppe (mio. kr.)	Diagnose (mio. kr.)
Kun en diagnose		197	161
Flere diagnoser, vægtet		22	19
Flere diagnoser, uvægtet		18	57
Ingen diagnose		59	59
I alt		297	297

Analyse af robusthed i diagnosevægtning på de forskellige niveauer. Handicapområdet 18-64 år SOF def.

Analysen viser, at det også for denne aldersgruppe på diagnosniveau ikke er muligt at udarbejde vægtning, der lever op til metodekrav og en høj andel af udgifterne er fordelt forholdsmæssigt.

Opfyldelse af krav til diagnosevægt på forskellige niveauer 18-64 år.

Niveau	Antal	Opfylder vægtkrav.
Klassifikation	13	7
Hovedgruppe	40	21
Diagnose	243	28

Fordeling af vægtede og uvægtede diagnoseudgifter på forskellige niveauer 18-64 år.

Vægtning	Klassifikation (mio.kr.)	Hovedgruppe (mio. kr.)	Diagnose (mio. kr.)
Kun en diagnose	626	514	370
Flere diagnoser, vægtet	183	258	54
Flere diagnoser, uvægtet	7	44	392
Ingen diagnose	416	416	416
I alt	1.232	1.232	1.232

Analyse af robusthed i diagnosevægtning på de forskellige niveauer. Handicapområdet 65+ år SOF def.

Opfyldelse af krav til diagnosevægt på forskellige niveauer 65+ år

Niveau	antal	Antal lever op til diagnosevægtkrav
Klassifikation	13	4
Hovedgruppe	40	5
Diagnose	107	3

Fordeling af vægtede og uvægtede diagnoseudgifter på forskellige niveauer 65+ år.

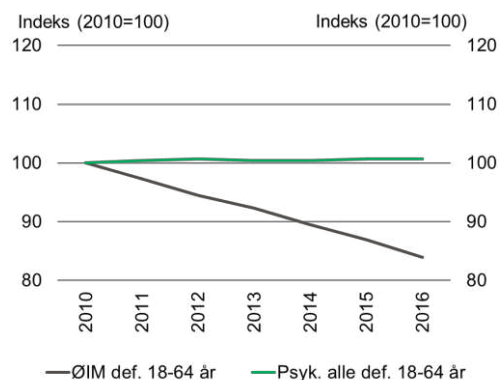
Vægtning	Klassifikation (mio.kr.)	Hovedgruppe (mio. kr.)	Diagnose (mio. kr.)
Kun en diagnose	83	78	63
Flere diagnoser, vægtet	18	2	-
Flere diagnoser, uvægtet	5	24	40
Ingen diagnose	102	102	102
I alt	208	208	208

Bilagsrapport til analyse af sindslidendeområdet

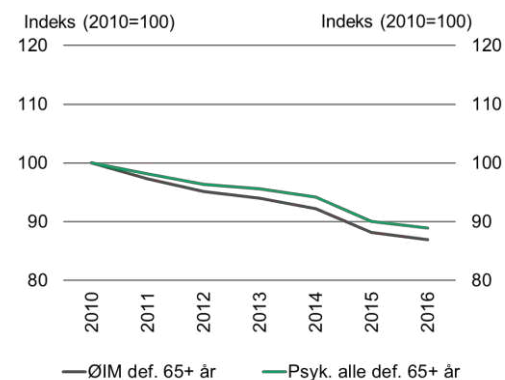
Supplerende datatræk til analysen på sindslidendeområdet

Udviklingen i antallet af københavnere pr. 1000 indbygger med psykiatridiagnoser 2010-2016 aldersopdelt

18-64 år

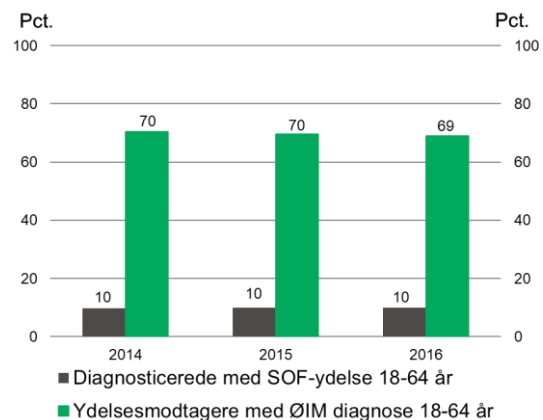


65+ år

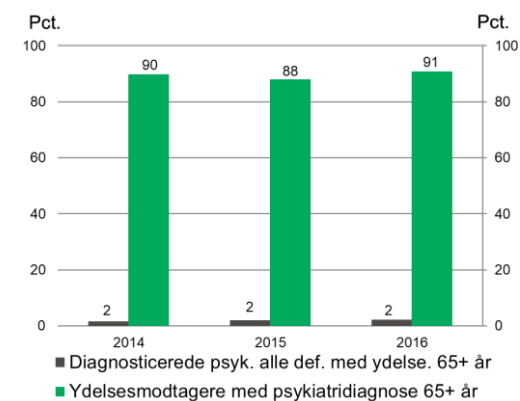
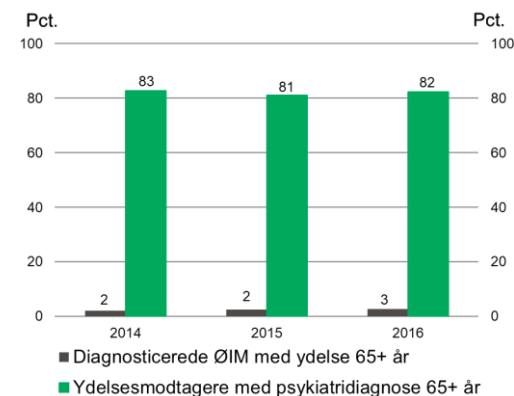
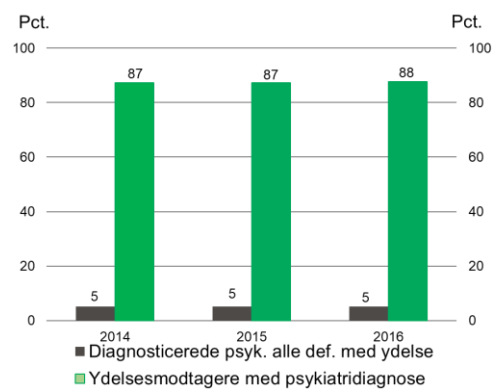


Andel diagnosticerede i kontakt med SOF og andel ydelsesmodtagere med diagnose

18-64 år

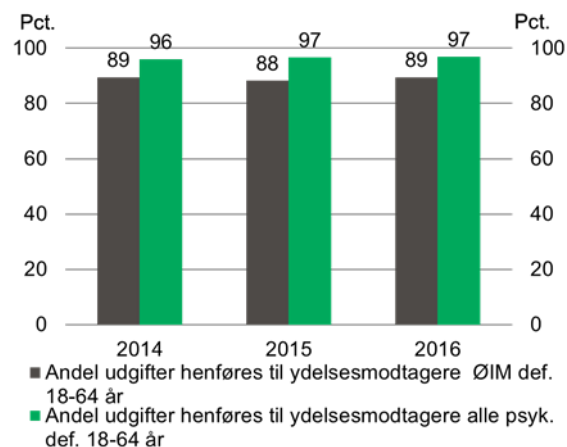


65+ år

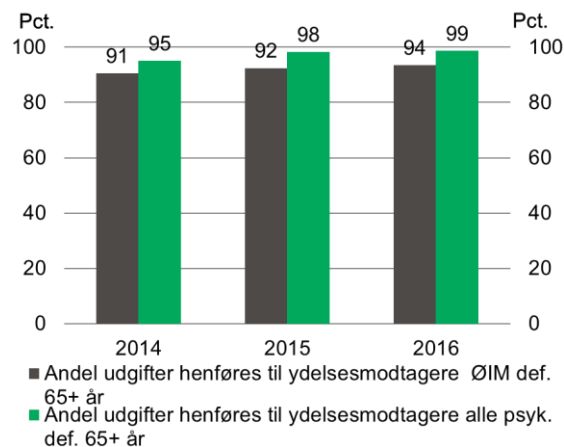


Andel udgifter der kan henføres til ydelsesmodtagere med sindslidendediagnoser inden for de sidste 10 år

18-64 år



65+ år



Individbaserede udgifter til demografiregulerede ydelser på sindslidende området, i alt og pr. 1.000 indbygger

Individbaserede udgifter fordelt på aldersgrupper i 2014-2016, (2016-PL) (mio.kr.)

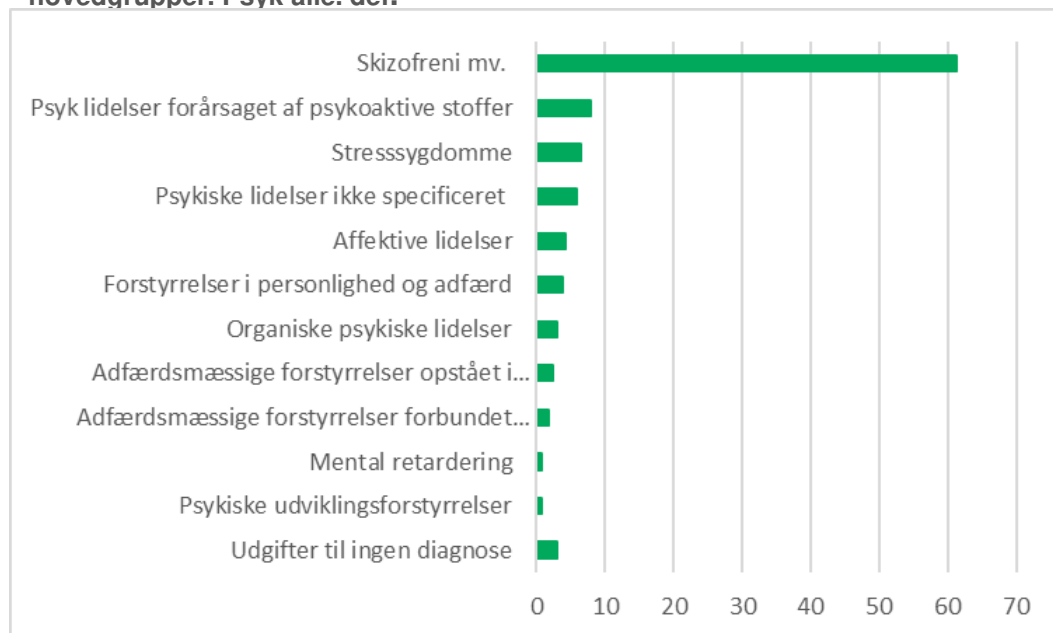
PL- 2016	2014	2015	2016
18-64 år	503	501	477
65+ år	82	84	85
I alt	586	585	564

Udvikling i individbaserede udgifter pr. 1.000 indbygger 2014-2016, fordelt på alder (2016-PL)

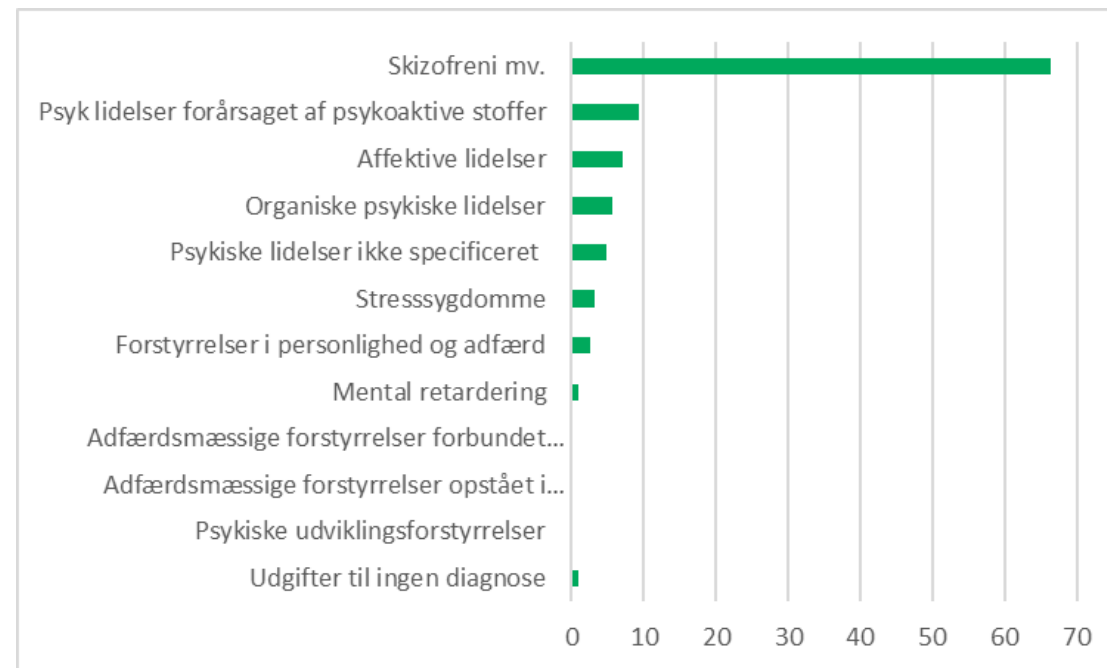
PL 2016	2014	2015	2016
18-64 år	100	97	91
65+	100	102	101
Alle	100	98	93

Udgifter i 2016 fordelt på diagnoseklassifikationer og andel af samlet SOF udgift

Figur. Andel individbaserede SOF udgifter i 2016 for 18-64-årige fordelt på hovedgrupper. Psyk alle. def.

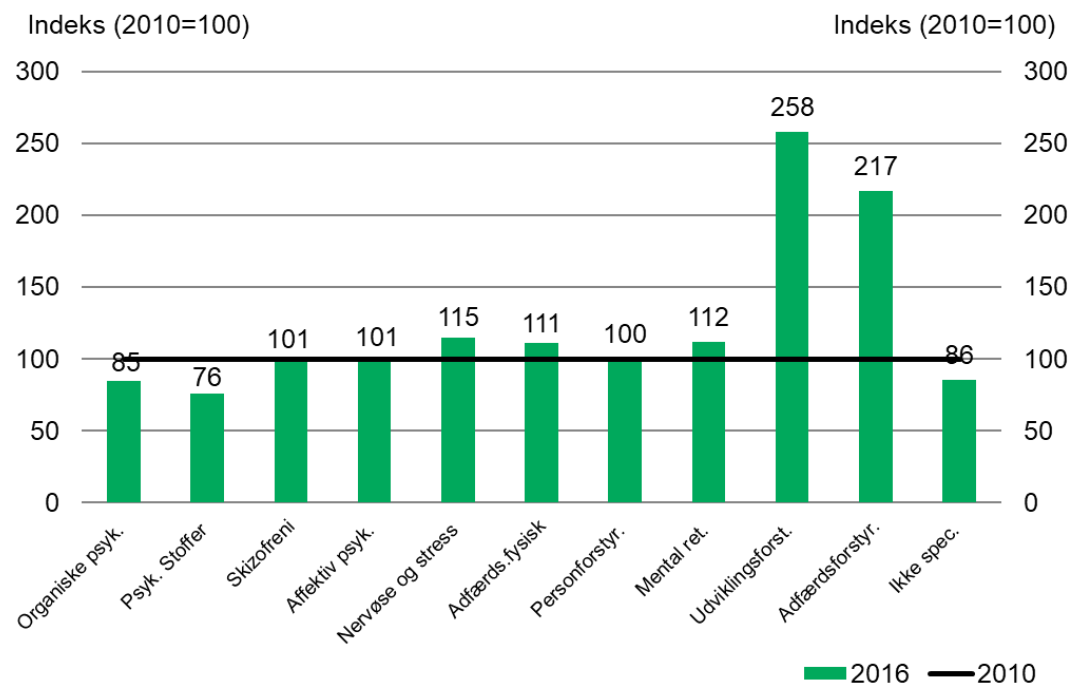


Figur. Andel individbaserede SOF udgifter i 2016 for 65+ årige fordelt på hovedgrupper. Psyk alle. def.

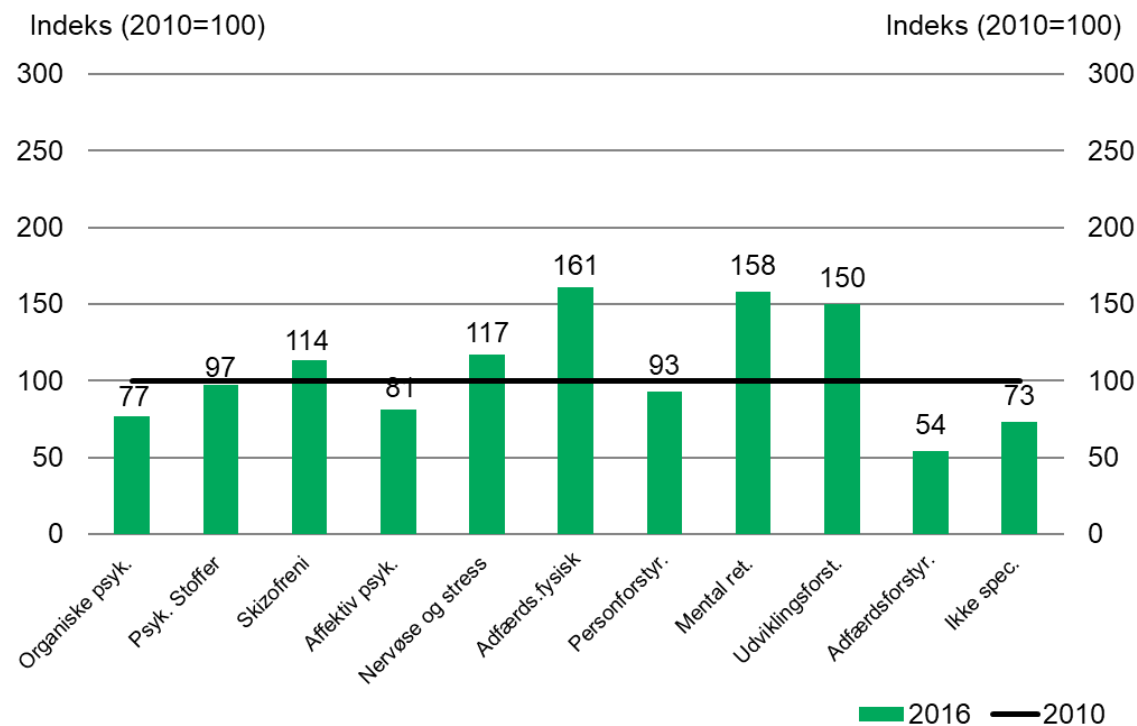


Udvikling i diagnosesammensætning 2010-2016 – demografi er indregnet

Udviklingen i antallet af københavnere pr. 1000 indbyggere med psykiatridiagnoser fordelt på diagnosegrupper for 18-64-årige

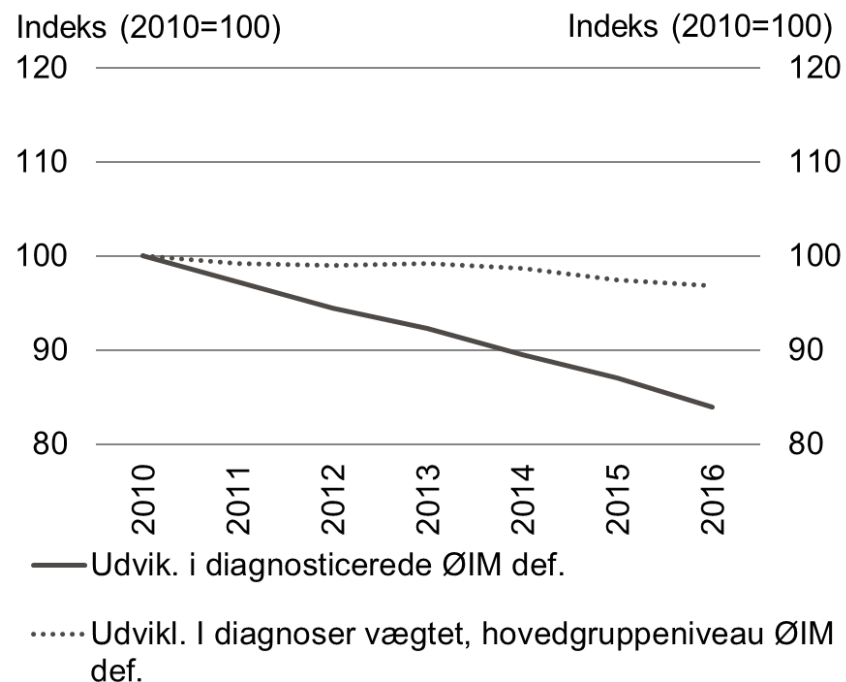


Udviklingen i antallet af københavnere pr. 1000 indbyggere med psykiatridiagnoser fordelt på diagnosegrupper for 65+årige

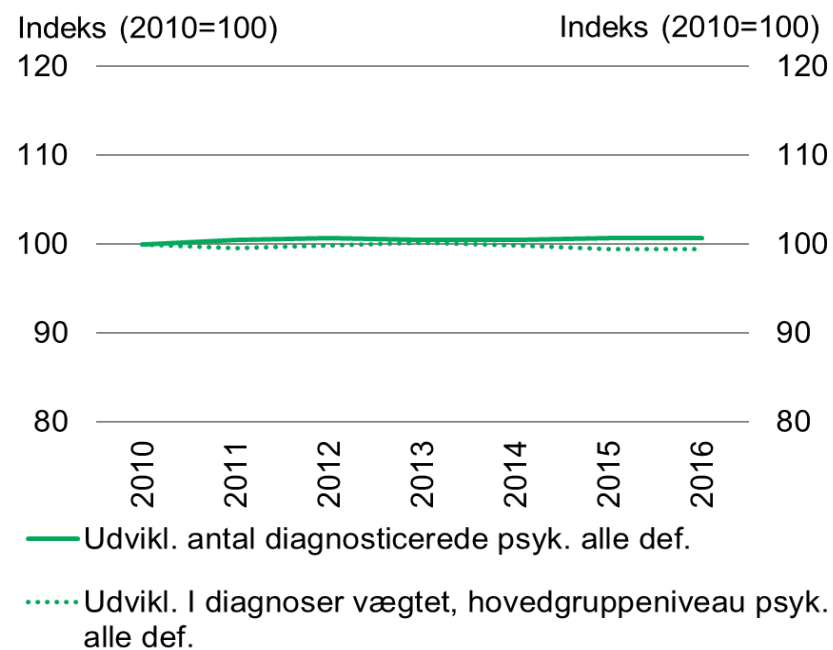


Samlet indeks for beregnet udgiftsbehov (diagnoser vægtet) for 18-64 årige

Udvikling i indeks for diagnoser vægtet 2010-2016 ØIM definition, 18-64 år.

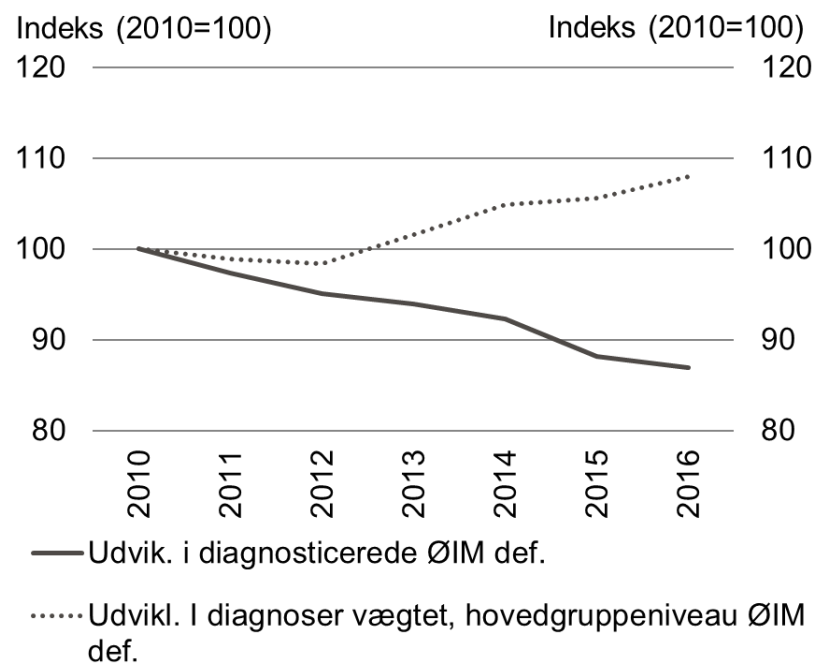


Udvikling i indeks for diagnoser vægtet 2010-2016 - med alle psykiatriske diagnoser, 18-64 år

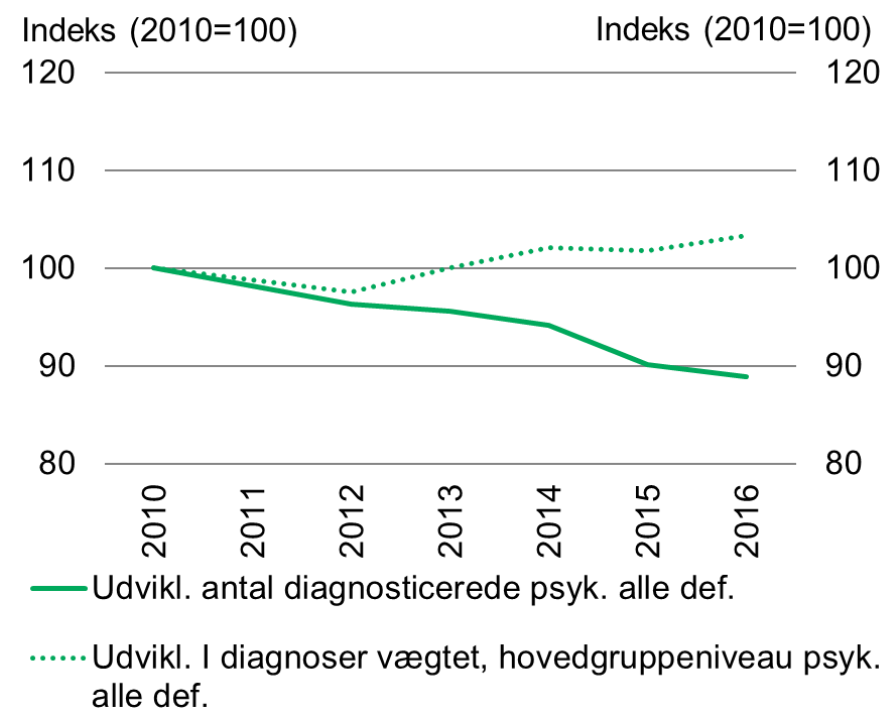


Samlet indeks for udviklingen i udgiftsbehov (diagnoser vægtet) for 65+ årige

Udvikling i indeks for diagnoser vægtet 2010-2016 ØIM definition 65+ år.



Udvikling i indeks for diagnoser vægtet 2010-2016 - med alle psykiatriske diagnoser 65+ år.



BILAG TIL ANALYSEN

Metode, definitioner og afgrænsninger

Data og datadefinitioner anvendt i analysen

Diagnoser

Opgørelsen af diagnoser er baseret på data udtrukket fra Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centralregister på ambulante og stationære kontakter til sygehusvæsnet på baggrund af somatiske og/eller psykiatriske diagnoser i perioden 2001-2016. Kontakter til privatpraktiserende speciallæge indgår ikke i datasættet.

Borgeren skal have bopæl i København i det angivne år, dvs. når der trækkes på 2016 og 9 år tilbage skal borgeren være bosat i KK i 2016.

Sygehuskontakten kan være alle steder i landet i den valgte periode.

Der udtrækkes på baggrund af følgende diagnosedefinitioner:

ØIM handicapdefinition

SOF handicapdefinition

ØIM psykiatridefinition

Alle psykiatridiagnoser

Diagnoser opgøres på begge områder for 10 år, dvs. for udtræksåret og 9 år tilbage.

Opgørelsen af diagnoseudviklingen er for unikke borgere.

Ydelser

Der er udtrukket på demografiregulerede handicapydelse (område = Handicap) og demografiregulerede sindslidendeydelser (område = Psykiatri) i Socialforvaltningens udgiftsdatasæt for 2014-2016.

Ydelsen skal være givet i udtræksåret.

Bopæl og alder

Der udtrukket på tre niveauer:

København: Kommunekode 101

6 byerne (uden København): Kommunekoder 461, 561, 730, 751, 851

Resten af landet uden København

Bopælskommunen er den kommune, hvor borgeren var bosat den 1. januar i udtræksåret.

Alder er borgerens alder den 1. januar i udtræksåret.

Diagnoseafgrænsning handicap ØIM def.

Diagnosekoder på området for handicappede

Neoplasmer [DC00-DD48]

[DC719]

Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme som inddrager immunsystemet [DD50-DD89]

[DD66] [DD67] [DD680] [DD681] [DD682]

Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme [DE00-DE90]

[DE713] [DE754] [DE76] [DE831] [DE84] [DE851]

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser [DF00-DF99]

[DF039] [DF079] [DF101] [DF102] [DF109] [DF112] [DF122] [DF191] [DF209] [DF219] [DF229] [DF289] [DF319] [DF339] [DF349] [DF388] [DF409] [DF419] [DF429] [DF431] [DF432] [DF439] [DF459] [DF480] [DF489] [DF500] [DF502] [DF602] [DF603] [DF699] [DF899] [DF989] [DF999]

Sygdomme i nervesystemet [DG00-DG99]

[DG10] [DG11] [DG12] [DG20] [DG21] [DG22] [DG23] [DG24] [DG35] [DG36] [DG37] [DG50] [DG51] [DG52] [DG53] [DG54] [DG55] [DG56] [DG57] [DG58] [DG59] [DG60] [DG61] [DG62] [DG63] [DG64] [DG71] [DG80] [DG81] [DG82] [DG83] [DG91] [DG039] [DG122] [DG241] [DG409] [DG700] [DG819] [DG822] [DG825] [DG929] [DG950]

Sygdomme i øje og øjenomgivelser [DH00-DH59]

[DH540] [DH547] [DH579]

Sygdomme i øre og processus mastoideus [DH60-DH95]

[DH819] [DH919] [DH939]

Sygdomme i kredsløbsorganer [DI00-DI99]

[DI609] [DI694]

Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv [DM00-DM99]

[DM05] [DM06] [DM08] [DM12] [DM13] [DM14] [DM45] [DM070] [DM071] [DM072] [DM073] [DM074] [DM075] [DM076] [DM090] [DM091] [DM092] [DM098] [DM410]

Medfødte misdannelser og kromosomanomalier [DQ00-DQ99]

[DQ03] [DQ05] [DQ65] [DQ66] [DQ67] [DQ68] [DQ69] [DQ70] [DQ71] [DQ72] [DQ73] [DQ74] [DQ75] [DQ76] [DQ77] [DQ78] [DQ79] [DQ86] [DQ87] [DQ90] [DQ91] [DQ92] [DQ93] [DQ94] [DQ95] [DQ96] [DQ97] [DQ98] [DQ99] [DQ079] [DQ743] [DQ763] [DQ799] [DQ850] [DQ851] [DQ899] [DQ909] [DQ999]

Faktorer af betydning for sundhedsstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet [DZ00-DZ99]

Diagnoseafgrænsning handicap SOF def.

Neoplasmer [DC00-DD48]

[DC710] [DC714] [DC715] [DC716] [DC717] [DC718] [DC719] [DC950] [DC951] [DC957] [DC959]

Sygdomme i blod og bloddannende organer og visse sygdomme som inddrager immunsystemet [DD50-DD89]

[DD821]

Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme [DE00-DE90]

[DE710] [DE711] [DE712] [DE713A] [DE713B] [DE744] [DE760] [DE761] [DE762B] [DE762C] [DE762E] [DE763] [DE771]

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser [DF00-DF99]

[DF022] [DF039] [DF079] [DF101] [DF102] [DF109] [DF112] [DF122] [DF191] [DF209] [DF219] [DF229] [DF339] [DF419] [DF429] [DF431] [DF500] [DF602] [DF603] [DF701] [DF711] [DF718] [DF719] [DF720] [DF721] [DF728]

[DF729] [DF730] [DF738] [DF739] [DF780] [DF789] [DF790] [DF791] [DF840] [DF841] [DF842] [DF845] [DF848] [DF849] [DF952] [DF989]

Sygdomme i nervesystemet [DG00-DG99]

[DG000] [DG001] [DG002] [DG003] [DG008] [DG009] [DG049] [DG109] [DG111] [DG112] [DG113] [DG114] [DG118] [DG119] [DG120] [DG121] [DG122] [DG128] [DG129] [DG209] [DG213] [DG232] [DG238] [DG239] [DG359]

[DG361] [DG373] [DG400] [DG401] [DG402] [DG403] [DG404] [DG405] [DG406] [DG407] [DG408] [DG409] [DG540] [DG550] [DG551] [DG564] [DG600] [DG601] [DG610] [DG618] [DG619] [DG632] [DG633] [DG634] [DG635]

[DG638] [DG649] [DG700] [DG710] [DG711] [DG712] [DG713] [DG718] [DG719] [DG800] [DG801] [DG802] [DG803] [DG804] [DG808] [DG809] [DG810] [DG811] [DG819] [DG820] [DG821] [DG822] [DG823] [DG824] [DG825]

[DG830] [DG831] [DG832] [DG833] [DG834] [DG835] [DG838] [DG839] [DG931] [DG950]

Sygdomme i øje og øjenomgivelser [DH00-DH59]

[DH540] [DH547]

Sygdomme i øre og processus mastoideus [DH60-DH95]

[DH900] [DH901] [DH902] [DH905] [DH906] [DH907] [DH908]

Sygdomme i kredsløbsorganer [DI00-DI99]

[DI600] [DI601] [DI602] [DI603] [DI604] [DI605] [DI606] [DI607] [DI608] [DI609] [DI610] [DI611] [DI612] [DI613] [DI614] [DI615] [DI616] [DI618] [DI619] [DI630] [DI631] [DI632] [DI633] [DI634] [DI635] [DI636] [DI638] [DI639] [DI649]

[DI690] [DI691] [DI692] [DI693] [DI694] [DI698]

Sygdomme i knogler, muskler og bindevæv [DM00-DM99]

[DM050] [DM051] [DM052] [DM053] [DM058] [DM059] [DM060] [DM061] [DM064] [DM068] [DM069] [DM071] [DM072] [DM073] [DM080] [DM081] [DM082] [DM083] [DM084] [DM088] [DM089] [DM142] [DM145] [DM146] [DM459]

[DM471C] [DM790]

Visse sygdomme, der opstår i perinatalperiode [DP00-DP96]

[DP070] [DP071] [DP072] [DP073] [DP10] [DP11] [DP113] [DP20] [DP210] [DP211] [DP219] [DP360] [DP361] [DP362] [DP363] [DP364] [DP365] [DP368] [DP369] [DP912]

Medfødte misdannelser og kromosomanomalier [DQ00-DQ99]

[DQ029] [DQ030] [DQ031] [DQ038] [DQ039] [DQ040] [DQ041] [DQ042] [DQ043] [DQ044] [DQ045] [DQ046] [DQ048] [DQ049] [DQ50] [DQ051] [DQ052] [DQ054] [DQ055] [DQ056] [DQ057] [DQ058] [DQ059] [DQ070] [DQ078]

[DQ079] [DQ743] [DQ750] [DQ751] [DQ752] [DQ753] [DQ754] [DQ758] [DQ759] [DQ760] [DQ761] [DQ762] [DQ763] [DQ764] [DQ766] [DQ767] [DQ769] [DQ771] [DQ773A] [DQ774] [DQ777] [DQ779] [DQ780] [DQ781] [DQ782]

[DQ784] [DQ785] [DQ786] [DQ788] [DQ789] [DQ796] [DQ798] [DQ799] [DQ8281] [DQ850] [DQ851] [DQ860] [DQ870] [DQ871] [DQ872] [DQ873] [DQ874] [DQ875] [DQ878] [DQ900] [DQ901] [DQ902] [DQ909] [DQ91] [DQ92]

[DQ93] [DQ95] [DQ960] [DQ961] [DQ962] [DQ963] [DQ964] [DQ968] [DQ969] [DQ97] [DQ98] [DQ99]

Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger [DS00-DS99]

[DS061] [DS062] [DS063] [DS064] [DS065] [DS066] [DS068] [DS069]

Faktorer af betydning for sundhedsstilstand og kontakter med sundhedsvæsenet [DZ00-DZ99]

[DZ892] [DZ894] [DZ895] [DZ896] [DZ897]

Diagnoseafgrænsning sindslidende ØIM def. og psyk alle def.

ØIM def.

Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser [DF00-DF09]

[DF00] [DF01] [DF02] [DF03] [DF04] [DF05] [DF06] [DF07] [DF09]

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer [DF10-DF19]

[DF10] [DF11] [DF12] [DF13] [DF14] [DF15] [DF16] [DF17] [DF18] [DF19]

Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser [DF20-DF29]

[DF20] [DF21] [DF22] [DF23] [DF24] [DF25] [DF28] [DF29]

Alle psykiatriske diagnoser

Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser [DF00-DF09]

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer [DF10-DF19]

Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser [DF20-DF29]

Affektive sindslidelser [DF30-DF39]

Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer [DF40-DF48]

Adfærdsændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer [DF50-DF59]

Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen [DF60-DF69]

Mental retardering [DF70-DF79]

Psykiske udviklingsforstyrrelser [DF80-DF89]

Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået barndom eller adolescens [DF90-DF98]

Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser [DF99]

Demografiregulerede ydelser der indgår i analysen

Analyse af handicapområdet

Ydelse	Målgruppe
Behandlingsmæssige fripladser	0-17 år
Plejefamilier og opholdssteder mv.	0-17 år
Døgninstitutioner for børn og unge - egne minus solgte	0-17 år
Døgninstitutioner for børn og unge - køb	0-17 år
Beskyttet beskæftigelse - egne minus solgte	18-64 år
Beskyttet beskæftigelse - køb	18-64 år
Aktivitets- og samværstilbud - egne minus solgte	18-64 år
Aktivitets- og samværstilbud - købte	18-64 år
Længerevarende botilbud for voksne handicappede - egne minus solgte	18-64 år
Længerevarende botilbud for voksne handicappede - købte	18-64 år
Midlertidige botilbud - egne minus solgte	18-64 år
Midlertidige botilbud - købte	18-64 år
Beskyttet beskæftigelse - egne	65-99 år
Beskyttet beskæftigelse - køb	65-99 år
Aktivitets- og samværstilbud - egne	65-99 år
Aktivitets- og samværstilbud - købte	65-99 år
Længerevarende botilbud for voksne handicappede - egne	65-99 år
Længerevarende botilbud for voksne handicappede - købte	65-99 år
Midlertidige botilbud - egne	65-99 år
Midlertidige botilbud - købte	65-99 år
Hjælpebidler	0-64 år
Hjælpebidler	65-99 år
Forebyggende foranstaltninger for børn og unge	0-17 år
Forebyggende foranstaltninger	18-64 år
Forebyggende foranstaltninger	65-99 år
Dagbehandling og fleksible skoleindsatser	0-17 år
	18-64 år
	65-99 år

Analyse på sindslidendeområdet

Ydelse	Målgruppe
Længerevarende botilbud - egne pladser § 108	18-64 år
Længerevarende botilbud - egne pladser ++65 § 108	65-99 år
Længerevarende botilbud - købte pladser § 108	18-64 år
Længerevarende botilbud - købte pladser ++65 § 108	65-99 år
Midlertidige botilbud - egne pladser § 107	18-64 år
Midlertidige botilbud - egne pladser ++65 § 107	65-99 år
Midlertidige botilbud - købte pladser § 107	18-64 år
Midlertidige botilbud - købte pladser ++65 § 107	65-99 år
Soc.pæd.bistand § 85	18-64 år
Soc.pæd.bistand ++65 § 85	65-99 år
Støttekontaktperson § 99	18-64 år
Beskyt beskæftigelse (køb) § 103	18-64 år
Aktivitets- /samværstilbud (egne) § 104	18-64 år
Aktivitets- /samværstilbud (køb) § 104	18-64 år

Begning af udgiftsbehovet på baggrund af diagnoseudviklingen i 2010-2016

Metode

I beregningen er diagnosedata fra Landspatientregisteret og Det Psykiatriske Centralregister sammenkørt med Socialforvaltningens udgiftsdatasæt for 2016. De individbaserede udgifter i Socialforvaltningen for de demografiregulerede ydelser på de to områder i 2016 er fordelt i forhold til den/de diagnoser som ydelsesmodtagerne er registreret med. På den baggrund beregnes en gennemsnitlig enhedspris pr. diagnosticeret pr. 1000 indbygger i 2016. Der kan være stor forskel mellem de enkelte diagnosticerede i udgiftsbehovet og derfor skal gennemsnitspriserne tages med forbehold.

De beregnede 2016-enhedspriser pr. diagnosticeret kobles til diagnoseudviklingen i perioden 2010-2016 og på den baggrund estimeres udviklingen i udgiftsbehovet, dvs. hvor diagnoserne er vægtet i perioden. Det antages således at den gennemsnitlige enhedspris pr. diagnosticeret københavn er uændret igennem perioden.

Udgifterne fordeles på diagnoser på følgende måde: Hvis en person kun har én diagnose, tilskrives den samlede udgift diagnosen. Hvis en person har flere diagnoser, vægtes udgiften på diagnoserne ud fra følgende metode: For hver diagnose beregnes den gennemsnitlige udgift for de personer, der udelukkende har denne diagnose.

For personer med flere diagnoser fordeles den samlede udgift ud på de enkelte diagnoser vejet efter disse diagnosevægte. Af metodiske hensyn foretages denne vægtning udelukkende for diagnoser, hvor mindst 20 personer udelukkende har den pågældende diagnose, da enhedsprisen ellers vil være forbundet med for stor usikkerhed. For personer der har flere diagnoser, hvoraf mindst én er en diagnose der ikke bliver vægtet for, fordeles udgiften ligeligt på hver af diagnoserne.

I analysen er der udarbejdet udgiftsvægte på tre niveauer, der følger diagnoseklassifikationssystemet, på hhv. diagnoseklassifikationsniveau, der er et meget aggregeret niveau, hovedgruppeniveau (mellemniveau) og diagnoseniveau, der er det lavest mulige niveau. Grunden til at der i analysen er udarbejdet analyse på de forskellige niveauer er for at sikre et højt antal observationer.

I analysen er der gennemført en følsomhedsanalyse af beregningerne med henblik at vurdere metodens sikkerhed.