



Københavns Kommune

Analyse af handicap- og special- området

Rapport

April 2008

Københavns Kommune

Analyse af handicap- og specialområdet

April 2008

Rambøll Danmark A/S
Nørregade 7A
DK-1165 København K
Danmark

Telefon 3397 8200
www.ramboll.dk

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	1
1.1	Om undersøgelsens metode	3
2.	Konklusioner	4
3.	Opsamlende analyse og anbefalinger	9
3.1	Anbefalinger	11
3.2	Beskrivelse af analysens omfang	12
4.	Nøgletalsanalyse	15
4.1	Læsevejledning	15
4.2	Udvikling i udgifter og aktivitet	16
4.2.1	Udgifts- og aktivitetsudvikling på Børne- og Ungdomsforvaltningens område	17
4.2.2	Udgifts- og aktivitetsudvikling på Socialforvaltningens område	18
4.3	Eksterne faktorer effekt på udgiftsudvikling	20
4.3.1	Diagnoser	22
4.3.2	Demografi	29
4.3.3	DUT og politiske beslutninger	30
4.3.4	Klager og eksternt forventningspres	31
4.3.5	Ventelister	33
4.4	Interne faktorer forklaring på udgiftsudvikling	34
4.5	Københavns Kommune i forhold til andre kommuner	37
4.5.1	Områder under Børne- og Ungdomsforvaltningen	38
4.5.2	Områder under Socialforvaltningen	40
5.	Vignetanalyse	43
5.1	Om brugen af vignetanalyse til at afdække visitationspraksis	44
5.2	Vignetanalyse i Børne- og Ungdomsforvaltningen	45
5.3	Vignetanalyse i Socialforvaltningen	49
5.3.1	Vignetanalyse af sager på børnehandicapområdet	50
5.3.2	Vignetanalyse af tildelingen af hjemmehjælp til handicappede	54
6.	Styringsanalyse	58
6.1	Styringsanalyse af Socialforvaltningen	59
6.1.1	Hjemmeplejeområdet	60
6.1.2	Hjælpeområdet	63
6.1.3	Børnehandicapområdet	66
6.1.4	Opsummering om styring og visitation på handicapområdet i SOF	68
6.2	Styringsanalyse af Børne- og Ungdomsforvaltningen	69
6.2.1	Tilbud, der visiteres på niveau 1 og 2, herunder enkeltintegration	71
6.2.2	Tilbud, der visiteres på niveau 3, herunder specialskoler	76
6.2.3	Småbørnsområdet 0-6 år	79
6.2.4	Specialfritidshjem og specialklubber	82
6.2.5	Opsummering om styring og visitation på specialområdet i BUF	83

7.	Bilag	88
7.1	Aktivitetsniveau for enkeltintegration og specialskoler	88
7.2	Budget og regnskab	89
7.3	Ventetid BUF	90
7.4	Nøgletal på hjemmeplejeområdet	90
7.5	Udvikling i national aktivitet i sundhedsvæsenet	91
7.6	Udgiftsniveauer for 6-byerne	92
7.7	Aktivitetsniveau for 6-byerne	93
7.8	Anvendte prisoplysninger i vignetanalysen	94
7.9	Valg af foranstaltninger i vignetanalyserne	96
7.9.1	Vignetanalyse i BUF	96
7.9.2	Vignetanalyse i SOF – børnehandicap	100

1. Indledning

I budgettet for 2008 har Borgerrepræsentationen besluttet at forhøje budgettet til hjemmepleje, hjælpemidler og børnehandicap på Socialudvalgets bevillingsområde Handicappede med 46,6 mio. kr., svarende til en realvækst på 9,3 % på de pågældende områder inden for Socialforvaltningens handicapområde.

Borgerrepræsentationen har ligeledes besluttet, at budgettet for specialområdet under Børne- og Ungdomsforvaltningen i 2008 forhøjes med 37,5 mio. kr., svarende til en realvækst på 4,4 % på det samlede specialområde.

Baggrunden for budgettildelingerne er merforbrug og ventelister på de to udgiftsområder som følge af stigende udgiftspres.

Borgerrepræsentationen besluttede samtidig, at der skal igangsættes en analyse af de to udgiftsområder. Analysen skal gennemføres af Økonomiforvaltningen (ØKF), Socialforvaltningen (SOF) og Børne- og Ungdomsforvaltningen (BUF) med bidrag fra eksterne konsulenter.

Handicap- og specialområdet har længe været anskuet som et vanskeligt styrbart område. Traditionelt er udgifterne på området steget eksplosivt – uden væsentlige tilpasninger eller justeringer¹. Samtidig viser erfaringer fra analyser på handicapområdet, at det kan være en udfordring at sikre et ensartet serviceniveau og visitationspraksis for kommunen som helhed, hvilket er et vigtigt element i styringen (herunder den økonomiske styring) af området.

I denne rapport præsenterer Rambøll Management resultaterne fra en analyse af området gennemført i perioden februar til marts 2008. Analysen omfatter følgende områder:

¹ Se fx Finansministeriets Budgetredegørelse fra 2003 eller "Rapport om kortlægning af støtten til handicappede med betydelige og varige funktionsnedsættelser, analyse af udviklingsscenarier og styringsinstrumenter samt grundlag for en handlingsplan for handicappedes botilbud" fra 2003.

Socialforvaltningen:

- Hjemmepleje til handicappede
- Hjælpe midler til handicappede
- Døgnpleje til handicappede børn
- Forebyggende foranstaltninger for handicappede børn
- Døgninstitutioner for handicappede børn og unge.

Børne- og Ungdomsforvaltningen:

- Specialbørnehaver og basispladser (0-6 år)
- Specialfritidshjem og specialklubber
- Specialundervisning for anbragte børn med handicap
- Kommunale specialskoler og specialtilbud til handicappede
- Specialpædagogisk bistand til førskolebørn med handicap
- Ungdomsuddannelse til unge med særlige behov.

Denne undersøgelse er primært fokuseret på *visitationen* til ovenstående ydelser. Der er derfor ikke foretaget en analyse af udførersiden, men primært fokuseret på, hvordan sagerne visiteres.

Undersøgelsen består af tre delanalyser:

- En nøgletalsanalyse, der ser på udviklingen fra 2004-2008
- En vignetanalyse, der på tre udvalgte områder vurderer de interne forskelle i visitationen af de samme sager
- En styringsanalyse af BUF og SOF, hvor organisering og økonomistyringspraksis vurderes.

En tilbagevendende diskussion på området er, i hvilket omfang udgiftsvækst kan tilskrives eksterne forhold – som en stigning i målgruppen eller i målgruppens tyngde – eller interne forhold – såsom et skred i serviceniveau eller u hensigtsmæssig styring. Særligt denne problematik er i fokus i denne analyse. Et af analysens hovedformål er således, at ovenstående diskussion kan kvalificeres af et bedre datagrundlag.

Rapporten er bygget op på følgende måde:

- I kapitel 2 gennemgås de væsentligste konklusioner fra analysen.
- I kapitel 3 gennemgås Rambøll Managements samlede analyse og anbefalinger til forbedret styring af områderne.
- I kapitel 4 gennemgås nøgletalsanalysen, der dels beskriver udgiftsudviklingen, dels ser på mulige forklaringer i form af eksterne faktorer (som udviklingen i demografi, ændret lovgivning og udviklingen i diagnoser) og interne faktorer (i form af decentrale forskelle og manglende budgetoverholdelse).

- I kapitel 5 gennemgås vignetanalsen, der er gennemført på henholdsvis børnehandicapområdet og hjemmehjælpsområdet i Socialforvaltningen samt visitation af børn i Børne- og ungdomsforvaltningen.
- I kapitel 6 gennemgås styringsanalysen, der er baseret på interviews i de tre forvaltninger.

1.1 Om undersøgelsens metode

I dette afsnit gennemgås kort de metoder, der er anvendt i analysen af handicap- og specialområdet.

Nøgletalsanalysen er baseret på data leveret af Københavns Kommune. Rambøll Management har specificeret en række data, der vurderedes at være relevante, og Københavns Kommune har leveret de tilgængelige oplysninger. Analysen er derfor primært baseret på oplysninger, der stammer fra systemer i de tre forvaltninger samt registerdata om diagnoser og oplysninger fra Danmarks Statistik om de kommuner, der indgår i den eksterne benchmark.

Vignetanalsen er baseret på konkrete sager udleveret af Københavns Kommune. Disse sager er anonymiseret og fremsendt til sagsbehandlere i kommunen. Vignetterne er indledningsvist blevet pilottestet og de spørgeskemaer, der er udarbejdet, er diskuteret med relevante personer i SOF og BUF.

Styringsanalysen er primært baseret på interviews i de tre forvaltninger med centrale og decentrale ledere og økonomiansvarlige samt tilsendt materiale. Der er altså ikke tale om en grundig organisations- og styringsanalyse, hvor de konkrete værktøjer, arbejdsgange og styringsprocesser er blevet gennemgået. Vurderingerne baserer sig på konsulenternes erfaringer med offentlig styring generelt og økonomistyring i særdeleshed.

De samlede konklusioner er baseret på en triangulering eller sammenvejning af de forskellige datakilder. Generelt tillægges de konklusioner, der understøttes af flere uafhængige kilder, størst vægt.

2. Konklusioner

I dette kapitel gennemgås de mest centrale konklusioner med udgangspunkt i analysen. Overordnet set kan Rambøll Management konkludere følgende:

Området har oplevet en væsentlig udgiftsvækst, der primært hænger sammen med et øget antal modtagere

Undersøgelsen viser, at handicap- og specialområdet har oplevet en væsentlig udgiftsvækst i perioden fra 2004-2008. For langt de fleste områder er der dog tale om at væksten primært skyldes en større modtagergruppe, da enhedsomkostningerne på en række områder faktisk er faldet i perioden.

I det tilgængelige datamateriale har det ikke været muligt at forklare udgiftsvæksten alene med eksterne faktorer som en stigning i diagnoser eller ændret lovgivning

Undersøgelsen viser, at der på BUF's område har været en meget svag samlet stigning i sygehusaktiviteter vedr. handicapdiagnoser fra 2005 til 2007, men et fald i flere af de udgiftstunge, mens der på børnehandicapområdet i SOF har været et samlet stabilt niveau, men et fald i tre ud af de fire mest udgiftstunge diagnoser. I forhold til sygehusaktiviteter vedr. handicapdiagnoser på hjælpemiddelområdet er der sket et fald, mens der på hjemmeplejeområdet fra 2005-2007 er sket en stigning på 4 % i SOF. Det er altså ikke muligt at forklare et stigende udgiftspres på baggrund af udviklingen i diagnoser, på den måde de er opgjort i denne analyse. I perioden fra 1997 til 2004 har der været en kraftig stigning i sygehusaktiviteter vedr. de relevante diagnoser i både BUF og SOF.

Det skal dog bemærkes, at de anvendte tal ikke direkte beskriver målgruppens størrelse, men beskriver, hvor mange aktiviteter sygehuset har foretaget vedr. de enkelte diagnoser. Data giver derfor ikke et entydigt svar på målgruppens udvikling, da disse oplysninger ikke er tilgængelige. Det skal endvidere bemærkes, at en del af målgruppen for BUF's specialområde er børn, der ikke er diagnosticerede, hvilket følger direkte af lovgivningen om specialundervisning.

Til at måle udviklingen i forventningspresset er udviklingen i klagesager og antallet af medlemmer i handicaporganisationer blevet analyseret. I forhold til klager er der sket en væsentlig stigning i både BUF og SOF fra 2004-2007. Antallet af medlemmer i handicaporganisationer er derimod uændret i perioden. Samtidig har analysen vist, at der heller ikke på de enkelte områder er nogen entydig sammenhæng mellem udgiftsvækst og sygehusaktiviteter vedr. diagnoser. Endvidere har undersøgelsen ikke kunnet spore nogen sammenhæng mellem udgiftsvæksten og antallet af klager på de forskellige områder.

Den decentrale styring af områderne har ikke været tilstrækkelig

Undersøgelsen har vist, at den decentrale økonomistyring i en række tilfælde har været mangelfuld i perioden 2004-2007. Det skal dog bemærkes, at begge forvaltninger har taget en række initiativer for at forbedre den decentrale styring af områderne. Rambøll Management skønner, at de igangsatte initiativer vil kunne forbedre styringen betydeligt, hvis de implementeres korrekt og gives tilstrækkelig ledelsesmæssigt fokus.

Den utilstrækkelige styring kommer dels til udtryk i den gennemførte styringsanalyse, dels gennem væsentlige forskelle i de gennemførte vignetanalyser (størst vedr. børnehandicap i SOF og specialområdet i BUF og mindre på hjemmehjælpsområdet i SOF). Samtidig peger den interne benchmarking på store forskelle mellem de forskellige distrikter i BUF. Der er i begge forvaltninger en snitfladeproblematik mellem Centralforvaltningen og de decentrale enheder, der kan medføre uhensigtsmæssige incitamenter og en uklar rollefordeling.

Københavns Kommunes datagrundlag på området er ikke tilstrækkeligt overskueligt og systematisk

Analysen har vist, at kommunen mangler systematiske og valide data over antal og udgifter, der kan anvendes i en løbende opfølgning på de enkelte områder. Dette gælder både decentralt, hvor de lokale ledere kan have svært ved at danne sig et overblik over udviklingen, men gælder også i Centralforvaltningen, hvor forskellig registreringspraksis og gamle it-systemer vanskeliggør etablering af et systematisk datagrundlag. På grund af ufuldstændige data skal der knyttes en række forbehold til nøgletalsanalysen. Det har kun været muligt at skaffe data over en kort periode (for SOF 2004-2008, for BUF 2006-2008). Analysen er baseret på bedst tilgængelige data og vurderes derfor at give det mest valide billede inden for de begrænsninger, som Københavns Kommunes data giver. I de enkelte afsnit gennemgås de konkrete forbehold nærmere.

Samlet set er det Rambøll Managements vurdering på det tilgængelige grundlag, at både interne og eksterne forhold har været medvirkende til udgiftsvæksten i perioden. Analysen indikerer, at en væsentlig del af udgiftsvæksten i perioden skyldes manglende og uklar styring, eftersom væksten ikke udelukkende kan forklares ud fra et eksternt pres. Dog peger væksten i antallet af klager på, at brugere og pårørende stiller større krav til Københavns Kommunes indsats.

I det efterfølgende gennemgås konklusionerne fra de tre delanalyser nærmere:

Nøgletalsanalysen

- Generelt er udgifterne på handicapområdet i BUF og SOF steget væsentligt. For BUF er udgiftsstigningen i gennemsnit omkring 12 % i realvækst (2006-2007), mens udgifterne er steget med 5,4 % årligt på SOF's område (2004-2007).

- For de fleste områder har der fra 2004-2008 været en gennemsnitlig stigning i antallet af borgere i målgruppen på 0,9 til 1,2 %. Enkelte områder skiller sig ud ved, at befolkningsunderlaget for "klubber" er steget med 2,4 %. Den demografiske udvikling kan således ikke forklare hele udgiftsvæksten.
- For de områder, hvor der er tilgængelige data, har der for begge områder hovedsageligt været faldende enhedsomkostninger.
- Inden for BUF har der været en svag stigning i sundhedsvæsnets aktiviteter for de relevante diagnosegrupper fra 2005 til 2007. For de diagnoser, der er særligt udgiftsdrivende, har der været fald i aktiviteten på flere områder. For SOF har der på børnehandicapområdet været et stabilt niveau i de samlede diagnoser fra 2005 til 2007. I forhold til de tre mest udgiftstunge diagnoser vedr. børnehandicap er der sket en stigning på 24 % på udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder, men et fald i gennemgribende udviklingsforstyrrelser på 12 % og udviklingshæmning på 42 %. På hjemmeplejeområdet har der været en stigning på 4 % og på hjælpemiddelområdet et væsentligt fald i aktiviteten i perioden. For både BUF og SOF gælder, at der har været en kraftig vækst i aktiviteten på nationalt plan inden for diagnoser i årrækken 1997 til 2004.
- I BUF's egen opgørelse af modtagere af specialundervisningsydelser i BUF har særligt generelle indlæringsvanskeligheder, udviklingsforstyrrelser og svære specielle indlæringsvanskeligheder været i vækst i perioden fra 2005 til 2007, mens der er sket et væsentligt fald i hørevanskeligheder, synshandicap og bevægelseshæmmede.
- Ud over diagnoser peger de øvrige eksterne faktorer på, at der 1. har været en kraftig stigning i antallet af klager i både BUF og SOF, 2. er sket en kraftig stigning i aktiviteten på SOF's område. Medlemstallet i handicaporganisationer er uændret i perioden 2004-2007.
- Nøgletalsanalysen peger på en række styringsmæssige problemstillinger på området. For det første er der generelt høje budgetoverskridelser på begge områder i perioden 2004-2007 (for BUF 2006-2007). For det andet viser den interne benchmark, at der er væsentlige forskelle mellem de decentrale enheder – både i udgiftsniveau og i visitationspraksis.
- Udgiftsniveauet er højere i Københavns Kommune end 6-byerne i gennemsnit, men ligger på niveau med flere andre af 6-byerne.

Vignetanalyse

- Generelt peger analysen på væsentlige forskelle i visitationen på tværs af sagsbehandlere (i SOF) og distrikter (i BUF). Forskellen viser sig både i valg af forskellige typer af foranstaltninger og i omfanget af de ydelser, der bevil-

ges. Udgifterne for de visiterede løsninger svinger i hovedparten af sagerne med mere end 30 % fra den dyreste løsning til den gennemsnitlige pris for de valgte løsninger.

- Vignetanalysen på børnehandicapområdet viser de største variationer mellem sagsbehandlernes valg af foranstaltninger, idet de dyreste løsninger her ligger mellem 75 og 300 % over den gennemsnitlige pris. Analysen på hjemmeplejeområdet er den, som viser de færreste udsving, idet det højeste udsving i prisen for visiterede ydelser er på 46 %, mens det højeste udsving på BUF's område er på 84 %. At de største udsving findes på børnehandicapområdet hænger dog sandsynligvis sammen med, at der her findes en mere forskelligartet vifte af foranstaltninger, som kan gives i de enkelte sager.
- Analysen tyder på, at omfanget af foranstaltninger – og derved prisen – hænger sammen med sagsbehandlernes erfaring på området. Således peger vignetanalysen på både børnehandicap- og hjemmeplejeområdet på, at sagsbehandlere med mange års erfaring vælger billigere foranstaltninger end sagsbehandlere med kort erfaring på området.
- Endelig tyder analysen på, at sagsbehandlerne ikke har et klart indtryk af prisen på de forskellige foranstaltninger på børnehandicapområdet i SOF og specialtilbudsområdet i BUF. Dette kommer til udtryk ved, at langt hovedparten af vignetterne på disse områder ikke er besvaret med priser på valget af foranstaltninger. Til gengæld tyder analysen af hjemmeplejevisitationen på, at sagsbehandlerne har et godt kendskab til priserne på dette område.
- Det skal bemærkes, at på børnehandicapområdet og hjemmehjælpsområdet vil sagsbehandlerne normalt drøfte sagen med andre sagsbehandlere inden afgørelsen. Derfor vurderes forskellene i vignetanalysen at være større end den faktiske visitation, der foretages.

Styringsanalysen

- Styringsanalysen peger på en række problemstillinger i forhold til styringen i både SOF og BUF. De mest gennemgående problemstillinger er iflg. interviewpersonerne manglende redskaber og kompetencer til økonomistyringen decentralt.
- Rambøll Management vurderer, at der på en række områder mangler klarhed over styringsrelationerne og budgetansvaret. Det vurderes ligeledes, at de decentrale niveauer ikke i alle tilfælde er "klædt på" til at sikre en samlet budgetoverholdelse, og de nuværende opdelinger med et delt budgetansvar mellem den centrale og decentrale forvaltning kan skabe u hensigtsmæssige incitamenter.

- I Socialforvaltningen har områderne i perioden 2004-2007 været præget af en meget decentral visitation, hvilket iflg. interviewpersonerne har ført til en uhensigtsmæssig styring og manglende overblik over udgiftsudviklingen. Fra 2007 har man samlet visitationen på alle områder på færre enheder, ligesom man arbejder på at forbedre styringsredskaber og kompetencer til økonomistyring.
- I Børne- og ungdomsforvaltningen er udviklingen gået mod mere decentralisering – med mere økonomisk og fagligt ansvar til de otte decentrale distrikter fra midten af 2007. Ifølge interviewpersonerne eksisterer der visse styringsmæssige vanskeligheder, da de lokale distrikter ikke altid har de nødvendige redskaber og kompetencer til en effektiv økonomistyring. Dog arbejdes der løbende med at klargøre rollefordelingen og sikre bedre økonomistyring decentralt, ligesom decentraliseringen ikke er slået fuldt igennem.
- Rambøll Management vurderer, at de igangsatte initiativer er relevante og anvendelige i forhold til at forbedre styringen af området. Det vurderes dog ligeledes, at initiativernes succes afhænger af en grundig implementering med en klar tidsplan og kompetencefordeling og et ledelsesmæssigt fokus.

3. Opsamlende analyse og anbefalinger

I dette kapitel trækkes de væsentligste konklusioner på tværs af de tre delanalyser op. Afsnittet er baseret på en sammenvejning eller triangulering af de forskellige datakilder. Dette vil sige, at det for hver enkelt konklusion undersøges, om den understøttes af de forskellige datakilder eller primært understøttes af en enkelt. Generelt tillægges konklusioner, der understøttes af flere uafhængige datakilder, større vægt, end konklusioner der primært baseres på en.

I nedenstående tabel ses en oversigt over de væsentligste konklusioner, og hvilket datagrundlag der understøtter dem. Tabellen indledes med de konklusioner, der støttes af flest uafhængige datakilder og fortsætter i et kontinuum mod de konklusioner med mindre datamæssigt belæg.

Tabel 1: Konklusioner, der understøttes af to eller flere delanalyser

Konklusion	Nøgletal	Vignetanalyse	Styringsanalyse
Den decentrale styring af områderne er ikke tilstrækkelig	Understøttes af: Store forskelle i den interne benchmark	Understøttes af: Store forskelle i vignetanalyserne – særligt i BUF og på børnehandicap i SOF	Understøttes af: Interviewpersoner peger på manglende redskaber og kompetencer decentralt
Der er store forskelle i serviceniveau og visitationspraksis på tværs af distrikter og sagsbehandlere	Understøttes af: Store forskelle i den interne benchmark	Understøttes af: Store forskelle i vignetanalyserne – særligt i BUF og på børnehandicap i SOF	Understøttes af: Interviewpersoner fremhæver forskelle
Sagsbehandlere og visitatorer har ofte ikke et klart kendskab til priserne på foranstaltningerne på børnehandicapområdet i SOF og specialområdet i BUF		Understøttes af: Manglende besvarelser af prisoplysninger i vignetterne i BUF og på børnehandicapområdet i SOF. Dog godt kendskab til priser på hjemmeplejeområdet	Understøttes af: Interviewpersonernes vurdering

Tabel 2: Konklusioner, der understøttes af én delanalyse

Konklusion	Nøgletal	Vignetanalyse	Styringsanalyse
Den nuværende fordeling mellem den centrale og den decentrale forvaltning er i visse tilfælde uklar og kan føre til uhensigtsmæssige beslutninger			Understøttes af: Interviewpersonernes beskrivelse af organiseringen
Københavns Kommunes udgiftsniveau er højere end gennemsnittet for 6-byerne	Understøttes af: Den eksterne benchmarkinganalyse		

Tabel 3: Konklusioner, hvor analyserne peger i forskellige retninger

Konklusion	Nøgletal	Vignetanalyse	Styringsanalyse
Der er et stort eksternt pres i forhold til flere borgere med handicap	Understøttes IKKE af: Udviklingen i sygehusaktiviteter vedr. diagnoser, der kun viser mindre vækst, stabilt niveau eller et fald. Særligt på SOF's område er der en tilbagegang i sygehusaktiviteter vedr. diagnoser relevante for hjælpemidler, mens udviklingen på BUF's område og hjemmepleje og børnehandicap i SOF har været svagt stigende, men faldende på flere udgiftstunge diagnoser. Medlemstallet i handicaporganisationerne er endvidere uændret i perioden <u>Understøttes af:</u> En væsentlig stigning i antallet af klager	Ikke relevant	Understøttes af: Interviewpersoner peger på et eksternt pres

Som det fremgår af de tre ovenstående tabeller, er der forskelle på, hvilken vægt de enkelte konklusioner kan tillægges. Rambøll Management vurderer, at konklusioner-

ne i den første tabel er de mest sikre, mens konklusionerne i tabel 2 og 3 ikke kan tillægges lige så stor vægt.

3.1 **Anbefalinger**

I dette afsnit giver Rambøll Management en række anbefalinger til, hvordan økonomistyringen af handicap- og specialområdet kan forbedres. Med udgangspunkt i den gennemførte analyse anbefaler Rambøll Management følgende:

Anbefaling 1: Mere ensartet visitationspraksis kan føre til en bedre udgiftsstyring

Rambøll Management har identificeret væsentlige forskelle i visitationspraksis på tværs af sagsbehandlere og distrikter i både BUF og SOF. Disse forskelle kan vanskeliggøre en god økonomistyring, da individuelle forskelle kan medføre, at de samme sager håndteres forskelligt. Dette gælder særligt på børnehandicapområdet i SOF og i distrikterne i BUF. Samtidig peger analysen på, at nye sagsbehandlere i højere grad vælger mere omfattende foranstaltninger end sagsbehandlere, der har været på området i længere tid. Dette gør en ensartet praksis endnu mere relevant, særligt i perioder med stor personaleomsætning. En mere ensartet visitationspraksis kan understøttes ved:

- Kvalitetsstander på udvalgte områder
- Øget brug af visitationsteams, hvor ledere eller koordinatore er med til at træffe alle væsentlige beslutninger
- Klarere vejledningsmateriale om, hvilke ydelser der bør tildeles hvem
- Fælles uddannelsesforløb og kompetenceudvikling
- Mere central opfølgning og evaluering af den decentrale visitationspraksis.

Anbefaling 2: De decentrale enheders kompetencer og redskaber i økonomistyringen bør styrkes

Rambøll Management anbefaler, at den decentrale økonomistyring styrkes. Dette gælder særligt i forhold til der, hvor der foretages en decentral visitation i dag, altså på børnehandicapområdet i SOF og i distrikterne i BUF. Det skal bemærkes, at begge forvaltninger har taget initiativer i denne retning. En styrkelse af den decentrale økonomistyring kræver, at alle lokale afdelinger har kompetencerne til at foretage en effektiv controlling af deres område. Derfor bør personer med økonomistyringskompetencer være præsenteret i alle decentrale enheder, ligesom alle decentrale økonomiansvarlige chefer bør have de relevante kompetencer til at foretage en løbende økonomistyring.

Samtidig anbefaler Rambøll Management, at centralforvaltningerne i BUF og SOF i højere grad understøtter økonomistyringen decentralt. Dette kan bl.a. ske ved at sikre gode økonomistyringsredskaber i form af brugervenlige registreringsystemer, men kan også ske med at opsplitte budgetterne på delområder, så de lettere kan bruges som et styringsredskab decentralt. Også her har begge forvaltninger igangsat initiativer.

Rambøll Management har ikke foretaget en grundig analyse af de fremadrettede initiativers anvendelighed og relevans. Det er dog konsulenternes opfattelse, at begge forvaltninger har igangsat fornuftige initiativer, der vil kunne afhjælpe en række af styringsproblematikkerne. Det vurderes dog ligeledes, at hvis initiativerne skal have den ønskede effekt, så kræver det en grundig implementering med klare rammer og tidsfrister for de enkelte elementer og et ledelsesmæssigt fokus.

Anbefaling 3: Der er brug for klarere snitflader mellem de centrale og de decentrale enheder

I både BUF og SOF eksisterer der en snitfladeproblematik mellem det centrale og det decentrale niveau. I BUF er problemstillingen mellem niveau 1-2, der visiteres decentralt og niveau 3, der visiteres centralt, at der kan opstå et incitament til mindre rummelighed på skolerne, da man kan flytte udgiften ved at visitere til niveau 3. I SOF er problematikken på børnehandicapområdet, at de decentrale enheder oplever systemet som unødigt bureaukratisk. Der eksisterer endvidere en snitflade mellem de to forvaltninger, hvor beslutninger i den ene forvaltning kan medføre udgifter i den anden. Også dette område bør klargøres og indrettes efter faste principper, der godkendes i begge forvaltninger.

Det er bemærkelsesværdigt, at SOF primært arbejder mod en samling af opgaver på færre enheder, mens BUF primært arbejder hen imod en decentralisering af flere opgaver. Uanset hvilken organisering der vælges, anbefaler Rambøll Management, at snitfladerne mellem de forskellige niveauer synliggøres, og at systemet gennemtænkes, således at de økonomiske incitamentsstrukturer hænger sammen med den adfærd, der ønskes politisk.

Anbefaling 4: Arbejd systematisk på et bedre datagrundlag

Undersøgelsen afdækker klart datavanskeligheder – særligt hvad angår modtagergruppen, og det er anbefalelsesværdigt at etablere et systematisk datagrundlag. Denne anbefaling vedrører hele det analyserede område i både BUF og SOF. Datagrundlaget bør beskrives, kilder kortlægges, sammenhænge fastlægges og der bør lægges en klar plan (med fast defineret ansvar) for opdatering – alt sammen skriftligt af hensyn til kontinuiteten.

Anbefaling 5: Budgetansvar bør være klart og entydigt defineret

Undersøgelsen viser, at budgetansvaret ikke altid er klart defineret eller kendt, særligt på det decentrale niveau. En afklaring af budgetansvar omhandler en præcis forståelse af, hvad det indebærer at have budgetansvar i forhold til rettigheder, initiativforpligtelser mv. Ledelsesmæssigt fokus er helt centralt for så vidt angår opfølgning på, at budgetansvaret er forstået og udleveres i det daglige. Dette gælder både centralt og decentralt – som led i at opbygge en sund controllerkultur.

3.2 Beskrivelse af analysens omfang

I dette afsnit beskrives kort, hvilke centrale hypoteser der er blevet undersøgt i analysen, og hvilke det ikke har været muligt at finde data på. Hypoteserne er baseret på interviews og skriftligt materiale fra de tre forvaltninger.

Tabel 1: Eksterne forklaringer på udgiftsvæksten

Hypotese	Undersøgt i følgende analyse
Udgiftsvæksten skyldes en stigning i antallet og sværhedsgraden af stillede diagnoser	Nøgletalsanalysen
Der er sket en stigning i antallet af sager	Nøgletalsanalysen
Den demografiske udvikling har betydning for udviklingen	Nøgletalsanalysen
Ændringer i lovgrundlaget har betydning for væksten på området	Nøgletalsanalyse
Nævnsafgørelser og klagesager har betydning for væksten på området	Nøgletalsanalysen
Der er et øget pres fra forældre og pårørende samt interesseorganisationer	Nøgletalsanalysen
Væksten hænger sammen med en politisk prioritering	Nøgletalsanalysen
Ikke undersøgte forklaringer	
Almenområdet er blevet mindre rummeligt	<i>Ikke undersøgt</i>
Mere handicapvenligt byggeri	<i>Ikke undersøgt</i>
Der er sket en vækst i ikke-diagnosticerede børn og unge, der har behov for støtte	<i>Ikke undersøgt</i>
Der er sket en ændret "henvisningspraksis" i beskæftigelsesforvaltningen (SOF), hospitalsvæsenet og børnepsykiatriske afdelinger	<i>Ikke undersøgt</i>
Ændrede prioriteringer i Sundhedsforvaltningen, herunder fx SUF's lukning af aflastningspladser, lukning af adgang til boliger mv. (særligt vedr. hjemmepleje)	<i>Ikke undersøgt</i>
Samarbejdet med Sundhedsforvaltningen – herunder borgernes mulighed for at forblive i Socialforvaltningens hjemmepleje ved det fyldte 65. år. Socialforvaltningen afholder udgifter for mere end 40 mio. kr. til borgere over 65 år, men har kun budget til målgruppen 18-65 år. Der foretages afregninger mellem SOF og SUF i forhold til denne målgruppe.	<i>Ikke undersøgt</i>

Tabel 2: Interne forklaringer på udgiftsvæksten

Hypotese	Undersøgt i følgende analyse
Uhensigtsmæssig organisering og visitation af de enkelte områder	Styringsanalysen og vignetanalysen
Store interne forskelle i serviceniveauet	Vignetanalysen, nøgletalsanalysen og styringsanalysen
Manglende decentral styring	Styringsanalysen
Omstruktureringer og omlægninger på områderne	Styringsanalysen
Ikke undersøgte forklaringer	
Manglende fleksibilitet i andre tilbud (SOF)	<i>Ikke undersøgt</i>
Manglende relevante skoletilbud	<i>Ikke undersøgt</i>

Som det fremgår af ovenstående, er de fleste forklaringer undersøgt. Dog er enkelte områder ikke omfattet af analysen, da dette ikke var muligt inden for den afsatte økonomi og tidsramme.

4. Nøgletalsanalyse

I dette afsnit gennemgås udviklingen i en række udvalgte nøgletal for handicap- og specialområdet i Københavns Kommune. I nøgletalsanalysen tages udelukkende udgangspunkt i tal leveret af Københavns Kommunes Børne- og Ungdomsforvaltning (BUF), Socialforvaltning (SOF) samt Økonomiforvaltning. Mere specifikt analyseres budget- og regnskabstal samt oplysninger om diagnoser, antal modtagere, timer, normeringer, klager mv.

Formålet med analysen er at belyse, om udgifts- og aktivitetsniveau følges ad, og i modsat fald identificere områder, hvor udviklingen har afvejet markant fra det forventede. Derudover har analysen til hensigt at underbygge vignet- og styringsanalysen. En række af de oplysninger, der præsenteres, er gengivet i komplette tabeller i de tekniske bilag.

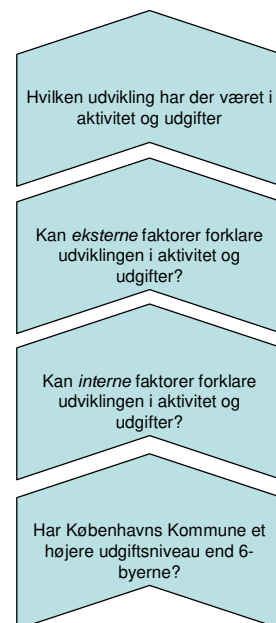
Analysen af nøgletallene for Københavns Kommune er inddelt i fire trin:

1. For det første beskrives udviklingen i udgifter og aktiviteter inden for både BUF og SOF. Beskrivelsen bygger både på regnskabstal og budget for 2004-2008.
2. For det andet sammenholdes efterspørgslen (den demografiske udvikling, aktivitet, udviklingen i antallet diagnoser, politiske beslutninger) med udviklingen i udgifter. Hensigten er at identificere områder, der skiller sig særligt ud, når der tages højde for demografien.
3. For det tredje gennemføres på BUF-området en sammenligning af BUF-distrikternes aktivitetsniveau sammenlignet med distrikternes demografiske udvikling.
4. Endelig sammenholdes Københavns udgifter under BUF og SOF med udgifterne i 6-byerne.

4.1 Læsevejledning

Nøgletalsanalysen indeholder en stor mængde data, da der er inddraget data fra mange forskellige områder for flere år. Afsnittene er inddelt på følgende måder:

- Afsnit 4.2 beskriver udviklingen i udgifter og aktivitet samt budgetoverholdelse for både SOF og BUF.
- Afsnit 4.3 fremlægger, hvilke eksterne faktorer der kan have haft indflydelse på udgiftsudviklingen, herunder diagnoser, klager og politiske beslutninger.
- I afsnit 4.4 foretages en sammenligning inden for BUF-området af forskelle mellem distrikternes praksis.



- Afsnit 4.5 er en sammenligning af Københavns Kommunes udgiftsniveau i forhold til 6-byerne.

4.2 Udvikling i udgifter og aktivitet

I dette afsnit ses der på udviklingen i udgifter og antal fra perioden 2004-2008 i SOF og 2006-2008 i BUF.

Hovedkonklusionen for afsnittet er, at der har været en kraftig stigning i udgifterne og høje budgetoverskridelser. Imidlertid har der i flere tilfælde været et fald i enhedsomkostninger.

Boks 1: Konklusion for afsnit 4.2

BUF:

- *Udgiftsudvikling:* Fra 2007 til 2008 steg budgettet med ca. 1 %.
- *Områder med særlig udgiftsudvikling:* Fra 2007 til 2008 var det især budgettet for specialundervisning i regionale tilbud samt integrerede institutioner, der blev væsentligt reduceret. Derimod steg budgettet for rådgivningsinstitutioner samt socialpædagogisk bistand til børn i førskolealderen markant.
- *Budgetoverholdelse:* Den samlede afvigelse er et merforbrug på 3 %. Det er især for integrerede institutioner og rådgivningsinstitutioner, at forbruget har været mindre end budgetteret.
- *Enhedsomkostninger:* For 2006 til 2007 har der for alle områderne: specialskoler og klubber været et fald i enhedsomkostningerne på henholdsvis 18 og 37 %. Enhedsomkostningerne til fritidshjem er steget med 42 % i samme periode.
- *Aktivitet:* Der er begrænsede data, men der har været stabil udvikling. Der har samlet set været en stigning i antallet indskrevne på ca. 8 % over tre år.

SOF:

- *Udgiftsudvikling:* Fra 2004 til 2007 steg det samlede forbrug på SOF-området med 23 %, hvilket svarer til en årlig gennemsnitlig stigning på ca. 7 %.
- *Områder med særlig udgiftsudvikling:* Med undtagelse af forbruget til hjælpemidler, der faldt med 7 % set over hele perioden, steg forbruget på de øvrige funktioner med 23 - 39 %.
- *Budgetoverholdelse:* Med undtagelse af 2005, hvor forbruget var ca. 1 % mindre end budgetteret, var forbruget de øvrige år større end budgetteret. I 2006 og 2007 var merforbruget på henholdsvis 11 og 12 %.
- *Aktivitet:* Samlet set har der været en stigning i antallet af unikke modtagere af ydelser.
- *Enhedsomkostninger:* Generelt set har der været et fald i enhedsomkostningerne på 16 %.

Ovenstående konklusioner skal dog tages med følgende forbehold:

- Der er tale om en meget kort tidsserie, særligt for BUF.
- BUF angiver, at deres regnskabs- og budgetdata på visse områder er mangelfulde.

4.2.1 **Udgifts- og aktivitetsudvikling på Børne- og Ungdomsforvaltningens område**

For BUF-området har det været muligt at indhente budgettal for perioden 2007-2008 samt regnskabstal for perioden 2006-2007. BUF har ikke leveret tal, der går længere tilbage. Det kunne have været ønskværdigt med en længere tidsserie for at undersøge, om den skitserede udvikling har været gennemgående – eller om der blot er tale om enkeltstående tilfælde.

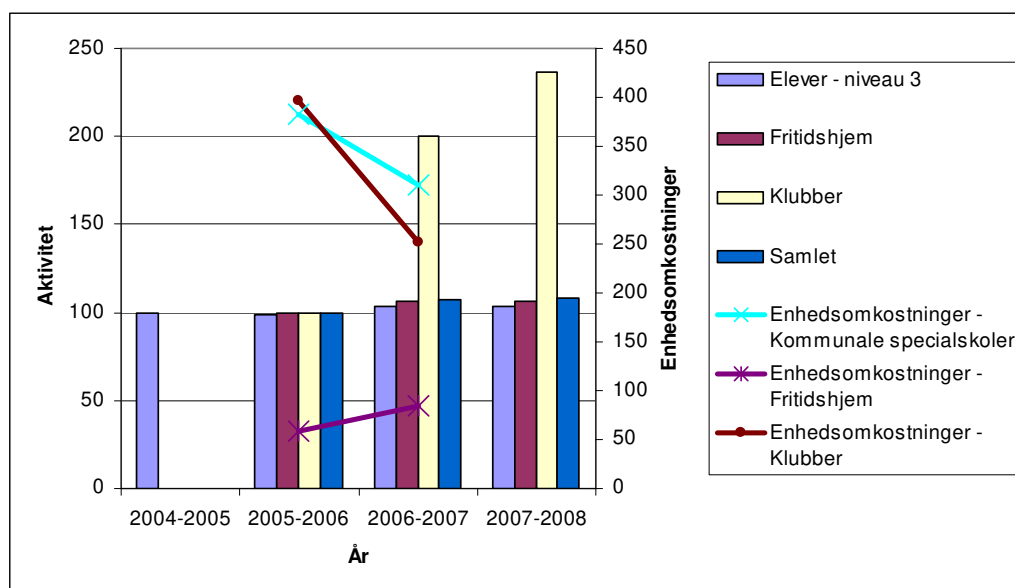
I forhold til fokus for nøgletalsanalysen viser tabellen:

- *Generel udvikling:* Fra 2007 til 2008 steg budgettet med ca. 1 %, mens forbruget (regnskabet) fra 2006 til 2007 steg med ca. 12 %.
- *Områder med særlig udgiftsudvikling:* Fra 2007 til 2008 var det især budgettet for specialundervisning i regionale tilbud samt integrerede institutioner, der blev væsentligt reduceret. Førstnævnte skal ses i lyset af kommunalreformen. Derimod steg budgettet for rådgivningsinstitutioner samt socialpædagogisk bistand til børn i førskolealderen markant. Sammenlignes regnskabet for 2006 og 2007, var det især forbruget på fælles formål samt folkeskoler, der blev væsentligt reduceret. Derimod steg forbruget til kommunal sundhedstjeneste samt integrerede institutioner markant.
- *Budgetoverholdelse:* For 2007 er det muligt at sammenligne forskellen mellem regnskab og budget, hvor der har været et merforbrug på 3 %. Der har dog været stor variation mellem områdernes budgetoverholdelse. Det er især for integrerede institutioner og rådgivningsinstitutioner, at forbruget har været mindre end budgetteret. Forbruget til fælles formål og døgninstitutioner for børn unge, har i 2007 været markant højere end budgetteret.

Der har altså været en stigning i udgifter og en meget forskelligartet udvikling i udgifterne. Spørgsmålet er, om årsagen til udviklingen er en stigende omkostning pr. ydelse. For nogle af områderne inden for BUF findes data om antal modtagere af ydelserne. I nedenstående Figur 1 er samlet udviklingen i aktivitet og udviklingen i enhedsomkostninger². For aktivitetsniveauet er første år med data benyttet som indeks 100, således at det er den procentvise udvikling, der fremgår for aktiviteten.

² For enhedsomkostningerne skal det bemærkes, at de er beregnet således, at regnskab for 2006 har fulgt skoleåret 2005-2006, mens regnskab for 2007 har fulgt skoleåret 2006-2007.

Figur 1: Udvikling i aktivitet og enhedsomkostninger – BUF



Note: Aktiviteten beskrevet i ovenstående figur er baseret på antal indskrevne i perioden. Der er ikke fremsendt data for fritidshjem og klubber for 2004-2005.

Aktiviteten inden for BUF-området har været stabil, men der har dog været en stigning i antallet af indskrevne klubber (ca. 230 %) og fritidshjem (ca. 7 %) over tre skoleår. Mens det samlede elevtal på specialskoleområdet stort set har været uændret set over hele perioden (+0,4 %), er for elevtallet (indskrevne) i fritidshjem og klubber sket en stigning på henholdsvis 7 og 230 % set over alle tre skoleår. For området generelt er det dog kun en mindre del af funktionerne, hvor det har været muligt at præsentere data. For *enhedsomkostninger* har der fra 2006 til 2007 for kommunale specialskoler og klubber været et fald i enhedsomkostningerne på henholdsvis 19 og 37 %. Enhedsomkostningerne til fritidshjem er steget med 42 % i samme periode.

4.2.2 Udgifts- og aktivitetsudvikling på Socialforvaltningens område

På SOF-området har det været muligt at få budget og regnskabstal for en længere periode (2004-2008).

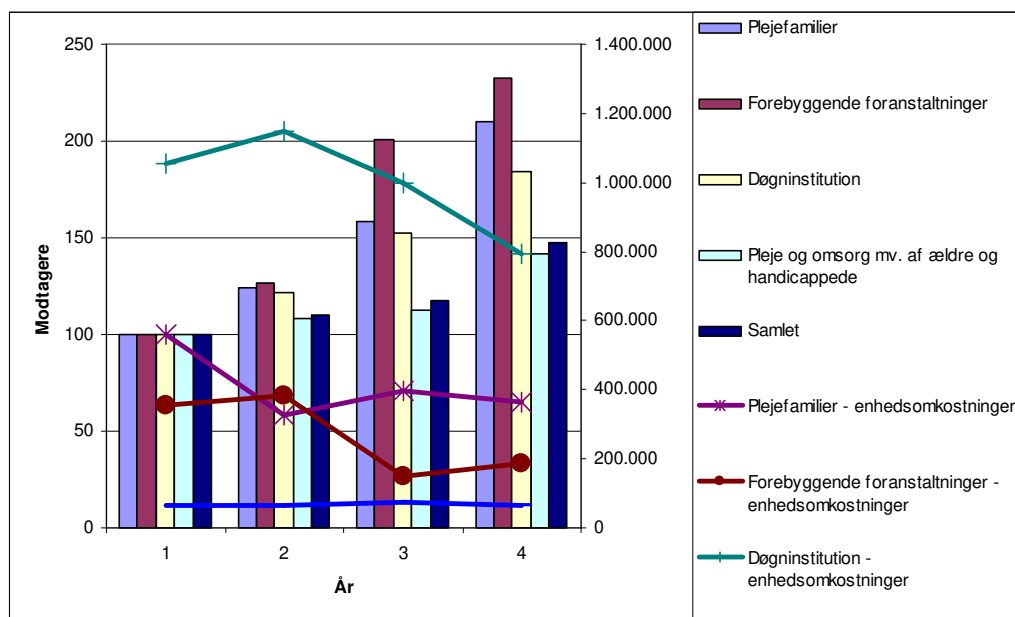
Med undtagelse af budgettet til hjælpemidler, hvor der har været et lille fald set over hele perioden, er budgettet for alle andre funktioner steget markant (se bilag 7.2). På SOF-området under ét var stigning i budgetterne på 32 % set over hele perioden. Derudover har der været følgende udvikling:

- *Udgiftsudvikling:* Fra 2004 til 2007 steg det samlede forbrug på SOF-området med 23 %, hvilket svarer til en årlig gennemsnitlig stigning på 7,3 %.

- *Områder med særlig udgiftsudvikling:* Med undtagelse af forbruget til hjælpemidler, der faldt med 7 % set over hele perioden, steg forbruget på de øvrige funktioner med 23 – 39 %.
- *Budgetoverholdelse:* Med undtagelse af 2005, hvor forbruget var ca. 1 % mindre end budgetteret, var forbruget de øvrige år større end budgetteret. I 2006 og 2007 var afvigelserne på henholdsvis 11 og 12 %. Især for pleje og omsorg mv. af ældre og handicappede var forskellen mellem budget og regnskab markant. Derimod har forbruget til forebyggende foranstaltninger samt døgninstitutioner generelt været mindre end budgetteret i perioden.

For SOF-området er der gode muligheder for at beregne enhedsomkostningerne, da der er opgørelse af antal modtagere for alle områder. I nedenstående Figur 2 er samlet udviklingen i antal modtagere og udviklingen i enhedsomkostninger. For enhedsomkostningerne skal det bemærkes, at forvaltningen gør opmærksom på, at der er en vis usikkerhed mht. opgørelsen af antal modtagere, og dermed også enhedsomkostningerne. For aktivitetsniveauet er første år med data benyttet som indeks 100, således at det er den procentvise udvikling, der fremgår for aktiviteten.

Figur 2: Udvikling i aktivitet og enhedsomkostninger – SOF



Den generelle aktivitetsudvikling er, at det samlede antal modtagere er steget med 48 % i perioden. Især antallet af børn og unge hos plejefamilier samt modtagere af forebyggende foranstaltninger steg mærkbart. På hjemmeplejeområdet har været en lignende udvikling (se bilag 7.2). *Enhedsomkostninger:* Generelt set har der været et fald i enhedsomkostningerne på 16 %. Der er dog ikke tale om et entydigt fald igennem hele perioden. For forebyggende foranstaltninger har der været en stigning i omkostningerne pr. borger fra 2006 til 2007, og udgifter pr. borger var generelt hø-

jere i 2006 end i 2005. På hjemmeplejeområdet har ligeledes været et fald i enhedsomkostningerne (se bilag 7.2).

4.3 **Eksterne faktorer effekt på udgiftsudvikling**

I nærværende afsnit gennemgås de eksterne faktorer, der kan have indflydelse på efterspørgslen efter ydelser – og dermed udviklingen i udgifter på handicap- og specialområdet i Københavns Kommune. Fokus er derfor at afdække, hvorvidt en markant udvikling (fald eller stigning) kan forklare udgiftsudviklingen. Der inddrages følgende eksterne faktorer:

- diagnoser
- demografi
- DUT og politiske beslutninger
- Klager
- Udvikling i medlemstallet i handicaporganisationer.

Mens efterspørgselstallene på SOF-området følger kalenderåret, vil tallene på BUF-området oftest følge skoleåret. Undtagelser er dog demografi- og diagnosetallene. Dette skal man være opmærksom på ved sammenligning af udviklingen i aktiviteter med eksempelvis udviklingen i udgifter, der følger kalenderåret.

Boks 2: Konklusion for afsnit 4.3

Hovedkonklusionen for afsnittet er, at gennemgangen af de eksterne faktorer langt fra giver en entydig forklaring på, hvorfor udgifterne er steget. Dertil er tendensen for uklar med bl.a. mindre stigning og endda fald for nogle af forklaringsfaktorerne. Det kan således være andre faktorer end de eksterne, der kan forklare udviklingen, eller alternativt er data for de eksterne faktorer ikke tilstrækkelige.

BUF:

- *Diagnoser:* Der har været en svag stigning i aktiviteten inden for diagnoserne fra 2005-2007. For de diagnoser, der er særligt udgiftsdrivende, har der været fald i aktiviteten på flere områder.
- *BUF's egne opgørelser af modtagere af specialundervisning* peger på en stigning på 5 % fra 2005 til 2007. Særligt generelle indlæringsvanskeligheder, udviklingsforstyrrelser og svære specielle indlæringsvanskeligheder har været i vækst i perioden, mens der er sket et væsentligt fald i hørevanskeligheder, synshandicap og bevægelseshæmmede.
- *Klager:* Der er sket en kraftig stigning i antallet af klager inden for enkeltintegration.

SOF:

- *Diagnoser:* For børnehandicap (0-18 år): Stabil udvikling fra 2005 til 2007. For hjemmepleje (18-65 år): En stigning på 4 % i den samlede aktivitet, mens udviklingen i de særligt udgiftstunge diagnoser på nogle områder stiger og andre falder. For hjælpemidler (0-65 år): Væsentligt fald i diagnoserne, særligt fra 2006-2007.
- *Klager:* Kraftig stigning i antal klager. Fra 2004 til 2007 var således stigningen på 509 % på hjælpemiddelområdet. På hjemmeplejeområdet er der ligeledes sket en stigning på over 50 %.
- DUT/politiske beslutninger udgør en stor andel af udgiftsstigningen, særligt på døgninstitutioner til børnehandicap, hvor væksten primært skyldes et politisk ønske om at reducere ventelisterne.
- *Ventende:* Der er sket et markant fald i antal ventende fra 2006 til 2008.

BUF og SOF:

- *Diagnoser:* For begge områder gælder, at der har været kraftig vækst i aktiviteten på nationalt plan inden for diagnoser i perioden 1997 til 2004.
- *Demografi:* Den demografiske udvikling viser en stigning for de fleste områder på 09-1,2 % i gennemsnit fra 2004 til 2008. Der er ikke entydig sammenhæng mellem denne demografiske udvikling og udviklingen i aktivitet.

Ovenstående konklusioner skal dog tages med følgende forbehold:

- Det har ikke været muligt at undersøge alle eksterne forklaringer på udgiftsvæksten, jf. afsnit 3.2
- Det har ikke været muligt at fremskaffe en tilstrækkelig tidsserie til at foretage statistiske analyser på eksterne faktorerens betydning for udgiftsudviklingen
- Data vedr. diagnoser for 4. kvartal 2007 er ufuldstændige, men der er søgt korrigeret herfor
- BUF har ikke fremsendt oplysninger om økonomiske konsekvenser af ændret lovgivning i perioden (DUT).

4.3.1 **Diagnoser**

Udviklingen i aktivitet i sygehusvæsenet inden for de relevante diagnoser for SOF's og BUF's ydelser kan indikere, om der er en stigende efterspørgsel efter ydelserne. Jo højere aktivitet i sygehusvæsenet inden for diagnoserne der har været, jo højere formodes behovet for ydelser at være i Københavns Kommune. Aktiviteten inden for diagnosegrupper i sygehusvæsenet kan måles ved antal ambulante besøg og antal udskrivinger af borgere med de angivne diagnoser.

Københavns Kommune har udpeget de diagnoser, som er relevante inden for analyseområderne. I analysen vil blive benyttet en vægtning af diagnoserne udarbejdet af Københavns Kommune. Vægtningen har til hensigt at belyse, hvor omkostningstung den pågældende diagnose er i forhold til de samlede udgifter på områderne. Der er derfor særlig grund til at have fokus på netop disse diagnoser. Der er foretaget vægtninger af diagnosegrupperne på BUF's område og på hjemmeplejeområdet i SOF. Det har ikke været muligt for Københavns Kommune at foretage vægtninger på børnehandicapområdet og hjælpemiddelområdet.

Boks 3 Diagnoser – begrænsninger og definitioner

Ideelt ville være en opgørelse over antal personer med handicap og særlige behov i forskellige lovgivningsforbundne målgrupper, men der findes ikke en sådan opgørelse. Rambøll Management vurderer dog, at aktiviteten i relevante diagnoser er anvendelig i analysen i forhold til at afdække personer med handicap. En stigning i sygehusaktiviteten inden for en given diagnosegruppe kan således antages at være udtryk for, at der bliver flere borgere med den givne diagnose. For styringen af området kan aktivitetsniveauet derfor være en god indikator for den efterspørgsel, Københavns Kommune oplever. Efterspørgslen kan dog også relateres til en række andre forhold i de målgrupper, der arbejdes med på området, idet arbejdet omfatter en række andre behov og problematikker, der ikke kan relateres til sygehusaktivitet.

Der er dog visse forudsætninger, der skal erindres ved brug af tallene:

- Det er ikke muligt at fastlægge den præcise sammenhæng mellem aktivitet i sundhedsvæsenet og en øget efterspørgsel på ydelserne i Københavns Kommune.
- Der er tale om opgørelse af aktivitet – ikke antal diagnosticerede personer. Derfor siger tallene ikke noget direkte om, hvor mange personer der er i Københavns Kommune med et bestemt handicap.
- Der er efterspørgsel efter kommunens ydelser fra grupper af borgere, der ikke har haft kontakt til sygehuset. Derfor dækker opgørelsen ikke al efterspørgsel efter ydelser.

I afsnittet benyttes en opdeling i *ambulante besøg* og *udskrivinger inden for de relevante diagnoser*.

- *Ambulante besøg* er besøg på sygehuset, der varer under 24 timer.
- *Udskrivinger* er længerevarende besøg på sygehuset, og vil oftest være mere ressourcekrævende end de ambulante besøg.

For så vidt angår data for diagnoser, har Københavns Kommune leveret data frem til og med januar 2008. I perioden 2005-2007 er diagnoseudviklingen fordelt på kommuner, mens diagnoseudviklingen i perioden 1997-2004 er på landsplan. Københavns Kommune har gjort opmærksom på, at data for de sidste tre måneder af 2007 er ufuldstændige. Derfor er korrigeret ved at tage udgangspunkt i fordelingen af aktivitet på måneder i årene 2005-2006. Korrektionen er foretaget ved at udregne, hvor stor en andel af aktiviteten de sidste 3 måneder gennemsnitligt stod for i årene 2005-2006. Derefter er tallene korrigeret ud fra antagelsen om, de sidste 3 måneder i 2007 vil stå for en tilsvarende andel. Det er valgt at bruge et *samlet* gennemsnit for henholdsvis SOF og BUF frem for at udregne korrektionen på baggrund af de enkelte diagnoser. Denne tilgang er valgt, da der er meget lav aktivitet inden for nogle diagnoser, og korrektionen ville blive meget følsom over for tilfældige udsving, hvis den blev beregnet for den enkelte diagnose.

Indledningsvis præsenteres kort udviklingen på landsplan i perioden 1997-2004, således at udviklingen inden for BUF og SOF (i årene 2005-2007) kan sammenlignes med den nationale udvikling. I Tabel 3 er gengivet udviklingen på nationalt niveau fra 1997 til 2004.

Tabel 3: Udvikling i aktivitet i relevante diagnoser i BUF og SOF på nationalt niveau 1997-2004 – ambulant og udskrivninger

		Udvikling fra 1997-2004	Udvikling fra 2002-2004	Gennemsnitlig årlig udvikling 1997-2004	Gennemsnitlig årlig udvikling 2002-2004
SOF	Børnehandicap (0-19 år)	37%	11%	4,6%	5,2%
	Hjemmepleje (20-65 år)	56%	9%	6,5%	4,5%
	Hjælpe midler (0-65 år)	76%	10%	8,4%	4,7%
BUF	Specialområdet (0-18 år)	76%	17%	8,4%	8,4%

Kilde: Københavns Kommune.

For begge områder gælder, at der har været kraftig vækst i aktiviteten i sygehusvæsenet inden for de relevante diagnoser. Væksten er dog generelt for SOF aftagende fra 2002 til 2004, men for BUF's område har udviklingen været stabil. Inden for BUF-området fremgår det, at der har været en gennemsnitlig stigning på 8,4 %. I perioden 2002 til 2004 har der ligeledes været en vækst på 8,4 % årligt. Det indikerer, at stigningen i aktivitet ikke er aftagende på området. Inden for SOF-området har der været en gennemsnitlig stigning på 4,6 % (børnehandicap), 6,5 % (hjemmepleje) og 8,4 % (hjælpe midler), mens der fra 2002 til 2004 har været lavere vækstrater på hjemmepleje og hjælpe midler end i den tidligere periode. For børnehandicap har den årlige stigning i diagnoserne været højere fra 2002-2004 end i perioden 1997-2004. I bilag 7.2 findes et mere detaljeret overblik over aktiviteten.

4.3.1.1 **Diagnoser inden for Børne- og Ungdomsforvaltningens område**

I Tabel 4 vises udviklingen i aktiviteten i relevante diagnoser i BUF, stillet blandt de 0-18-årige i Københavns Kommune i perioden 2005 til 2007.

Tabel 4: Udvikling i diagnoser på specialområdet 0-18 år

Område	2005	2006	2007a	Ændring, 2005-2007, %
Udviklingshæmning (30-50 %)	97	94	56	-42%
Sprog- og talevanskeligheder (3 %)	61	46	23	-62%
Læsevanskeligheder (6 %)	5	0	4	-20%
Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (13-24 %)	441	446	387	-12%
Opmærksomhedsforstyrrelser (2-8 %)	268	321	341	27%
Socio/emotionelle vanskeligheder (20-34 %)	185	134	124	-33%
Synsvanskeligheder (1 %)	10	7	8	-20%
Hørevanskeligheder (2-9 %)	253	229	264	4%
Motoriske funktionsnedsættelser (2-9 %)	504	535	649	29%
Alle områder	1.824	1.812	1.856	2%

a.: Tallene for oktober, november og december 2007 er ifølge Københavns Kommune ufuldstændige. Der er søgt korrigeret herfor.

Anm.: Antallet af diagnoser opgøres som antallet af ambulante besøg og udskrivinger i sundhedsvæsenet i et givent år. En person kan godt have flere besøg/udskrivinger, hvorfor der ikke er tale om unikke personer. Procentsatserne ud for områdebetegnelserne er udtryk for områdets vægt i forhold til de samlede omkostninger og har til hensigt at belyse, hvor omkostningstung den pågældende diagnose er. Procentsatserne afhænger af aldersgruppe og tilbud, hvorfor der ofte er angivet intervaller.

Kilde: Københavns Kommune, Rehfeld.

Tabellen viser, at der har været en svag stigning i aktiviteten inden for diagnoserne. For de diagnoser, der er særligt udgiftsdrivende, har der været fald i aktiviteten på flere områder. Antallet af diagnoser er i perioden steget med 2 %. For så vidt angår de omkostningstunge diagnoser – udviklingshæmning, gennemgribende udviklingsforstyrrelser samt socio/emotionelle vanskeligheder – har antallet af diagnoser generelt været faldende (mellem 12 og 42 %). Derimod er antallet af diagnoser vedrørende motoriske funktionsnedsættelser steget med 29 % i perioden.³

³ Baseret på de vægte, som Københavns Kommune har angivet (altså hvor udgiftstunge de enkelte diagnoser er), har Rambøll Management analyseret udviklingen på BUFs specialområde i forhold til, hvor udgiftstunge de enkelte områder er, og herefter er den samlede udvikling analyseret. Den enkelte diagnoses procentvise udvikling er vægtet i forhold til, hvor udgiftstung den er, og herefter er den samlede udvikling analyseret. Der er foretaget en analyse både i forhold til gennemsnitligt, højeste og laveste estimat angivet i ovenstående tabel. Samlet set viser alle vægtninger et mærkbart fald fra 2005-2007, hvilket også understreges af, at der er sket et fald i de udgiftstunge diagnoser.

Det skal bemærkes, at en stor del af målgruppen for specialtilbud i BUF er børn og unge, der ikke er diagnosticerede. Særligt tilbud efter BUF's niveau 1 og 2 omfatter børn og unge, der ikke har fået stillet en diagnose på hospitalet. Det har dog ikke været muligt at fremskaffe eksterne data vedr. udviklingen af andre typer problemstillinger end diagnoser i sundhedssystemet, hvorfor disse ikke er inkluderet.

BUF har i en budgetanalyse fra 2007 opgjort deres aktivitet på følgende måde:

Tabel 5: BUF's egen opgørelse af udviklingen i målgrupper fra 2005-2007

Emne	Skoleår 05/06	Skoleår 06/07	Skoleår 07/08)	Vækst fra 2005 til 2007
Generelle indlæringsvanskeligheder	313	325	346	11 %
Udviklingsforstyrrelser	166	180	205	23 %
Bevægelseshæmmede	58	54	54	-7%
Svære spec. indlæringsvansk.	101	111	125	24%
Tale- og sprogvanskeligheder	91	86	86	-5%
Hørevanskeligheder	147	145	123	-16%
Synshandicap	21	19	14	-33%
Læsevanskeligheder	176	171	173	-2%
ABA/Doman		5	10	5%
I alt folkeskolen	1.073	1.091	1.126	5%
Undervisning på dag- og døgninstitutioner	1301	1339	1364	11%

*) Foreløbige tal.

Tabellen viser også en lidt større vækst end sygehusaktiviteterne, men vedrører ligeledes en bredere målgruppe, da områder som læsevanskeligheder og generelle indlæringsvanskeligheder normalt ikke diagnosticeres.

I BUF's egne tal har særligt generelle indlæringsvanskeligheder, udviklingsforstyrrelser og svære specielle indlæringsvanskeligheder været i vækst i perioden, mens der er sket et væsentligt fald i hørevanskeligheder, synshandicap og bevægelseshæmmede. Tabellen understreger, at der er sket en aktivitetsforøgelse på BUF's specialområde fra 2005 til 2007. Generelt kan udviklingen i modtagergruppen både hænge sammen med ændret visitationspraksis, øget eksterne krav og andre ændringer.

I sammenligningen af de to tabeller er visse udviklinger sammenfaldende (fx i forhold til et fald i synshandicap og tale- og sprogvanskeligheder), nogle modsatrettede (fx hørehandicap) og visse områder ikke sammenlignelige, da der anvendes forskellige kategorier, eller da den ene kategori ikke er medtaget i den anden tabel.

4.3.1.2 **Diagnoser inden for Socialforvaltningens område**

Inden for SOF-området er der foretaget en opdeling af områderne i aldersgrupper. Opdelingen er foretaget, da følgende opdelinger er relevante for de forskellige funktioner:

- funktionen pleje og omsorg er den relevante målgruppe mellem 18-65 år
- hjælpemidler er aldersgruppen dog 0-65 år.
- Børnehandicap er den relevante aldersgruppe 0-18 år.

Af Tabel 6 fremgår udviklingen for aldersgruppen 0-18 år for de diagnoser, der er relevante for SOF's børnehandicapområde.

Tabel 6: Udvikling i diagnoser på børnehandicapområdet (0-18 år)

Område	2005	2006	2007a	Ændring, 2005-2007, %
Udviklingshæmning (10-18 %)	97	94	56	-42 %
Sprog- og talevanskeligheder (1 %)	61	46	23	-62 %
Læsevanskeligheder (1 %)	5		4	-20 %
Specifik udviklingsforstyrrelse af motoriske færdigheder (3-5 %)	18	30	28	56 %
Udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder (20-34 %)	24	26	29	21 %
Gennemgribende udviklingsforstyrrelse (24-36 %)	441	446	387	-12 %
Epilepsi (1 %)	508	498	471	-7%
Neuromuskulære og muskulære sygdomme (3-5 %)	53	52	29	-45 %
Dissemineret sklerose (2 %)	23	24	15	-35 %
Syndromer med lammelse (2-4 %)	0	0	11	-
Hjerneskade (2-4 %)	295	294	405	37 %
Halvsidig lammelse (2-4 %)	38	55	85	124 %
Lammelse af begge ben og begge arme (2-4 %)	77	67	65	-16 %
Synsforstyrrelser og blindhed (1 %)	10	7	8	-20 %
Hørevanskeligheder (1 %)	253	229	264	4 %
Spaltning af rygsøjle (1 %)	42	47	57	36 %
Downs Syndrom (4-6 %)	79	72	65	-18 %
Gangbesvær og mobilitetsforstyrrelser (1 %)	98	113	131	34 %
Alle områder	2.122	2.100	2.133	1%

a.: Tallene for oktober, november og december 2007 er ifølge Københavns Kommune ufuldstændige. Der er søgt korrigeret herfor.

Anm.: Antallet af diagnoser opgøres som antallet af ambulante besøg og udskrivinger. En person kan godt have flere besøg/udskrivinger, hvorfor der ikke er tale om unikke personer.

Kilde: Københavns Kommune, Rehfeld.

Der har været et stabilt niveau i det samlede antal af diagnoser (0-18 år) fra 2005 til 2007. I forhold til de særligt udgiftstunge diagnoser er der sket en stigning på 24 % i udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder, men et fald i gennemgribende udviklingsforstyrrelser på 12 % og udviklingshæmning på 42 %. ⁴

I **Tabel 7** er udtræk fra de diagnoser, som er relevante på hjemmeplejeområdet. Aldersgruppen er her 18-65 år.

Tabel 7: Udvikling i diagnoser på hjemmeplejeområdet (18-65 år)

Område	2005	2006	2007a	Ændring, 2005-2007, %
Mental retardering	27	33	12	-56%
Downs Syndrom	7	0	1	-86%
Døvhed	1	0	0	-100%
Sclerosis amyotrophica lateralis (ALS) (14 %)	17	4	11	-35%
Synsforstyrrelser og blindhed	45	58	52	16%
Dissemineret sklerose (14 %)	498	504	498	0%
Halvsidig lammelse	20	10	7	-65%
Lammelse af begge ben og begge arme	224	270	288	29%
Alle områder	839	879	869	4%

a.: Tallene for oktober, november og december 2007 er ifølge Københavns Kommune ufuldstændige. Der er søgt korrigeret herfor.

Anm.: Antallet af diagnoser opgøres som antallet af ambulante besøg og udskrivinger. En person kan godt have flere besøg/udskrivinger, hvorfor der ikke er tale om unikke personer. Procentsatserne ud for visse områdebetegnelser er udtryk for områdets vægt i forhold til det samlede timeforbrug (omkostninger), og har til hensigt at belyse, hvor omkostningstung den pågældende diagnose er. Det har ikke været muligt at få alle diagnosers andel af de samlede udgifter, hvorfor vægtningen ikke er foretaget for alle diagnoser.

Kilde: Københavns Kommune, Rehfeld.

Der er sket en samlet stigning i aktiviteten på 4 % fra 2005 til 2007. I forhold til de diagnoser, som SOF har angivet som de mest udgiftstunge, er udviklingen, at aktiviteter vedr. dissemineret sklerose er uændret, der er sket et fald vedr. ALS på 35 %, et fald vedr. halvsidig lammelse på 65 %, mens der er sket en vækst på 29 % vedr. lammelse af begge ben og begge arme.

⁴ Baseret på de vægte, som Københavns Kommune har angivet (altså hvor udgiftstunge de enkelte diagnoser er), har Rambøll Management analyseret udviklingen på SOFs børnehæmningsskole i forhold til, hvor udgiftstunge de enkelte områder er, og herefter er den samlede udvikling analyseret. Den enkelte diagnoses procentvise udvikling er vægтет i forhold til, hvor udgiftstung den er, og herefter er den samlede udvikling analyseret. Der er foretaget en analyse både i forhold til gennemsnitligt, højeste og laveste estimat. Samlet set viser alle tre estimater et mindre fald i perioden fra 2005 til 2007, hvilket også understøttes af fald i to af de tre mest udgiftstunge diagnoser.

For funktionen hjælpemidler er aldersgruppen 0-65 år relevant. I Tabel 8 vises udviklingen i aktiviteten i relevante diagnoser på hjælpemiddelområdet blandt de 0-65-årige i Københavns Kommune i perioden 2005 til 2007.

Tabel 8: Udvikling i diagnoser på hjælpemiddelområdet (0-65 år)

Område	2005	2006	2007 ^a	Ændring, 2005-2007, pct.
Diabetes	5.953	6.653	4.412	-26%
Udviklingshæmning	173	176	118	-32%
Sprog- og talevanskeligheder	63	48	24	-62%
Læsevanskeligheder	6	1	8	33%
Specifik udviklingsforstyrrelse af motoriske færdigheder	18	30	28	56%
Udviklingsforstyrrelse af specifikke færdigheder	24	28	29	21%
Gennemgribende udviklingsforstyrrelse	550	545	471	-14%
Dissemineret sklerose	543	545	507	-7%
Epilepsi	2.264	2.176	1.704	-25%
Neuromuskulære og muskulære sygdomme	248	288	208	-16%
Hjerneskade	360	354	462	28%
Halvsidig lammelse	59	65	93	58%
Lammelse af begge ben og begge arme	355	411	360	1%
Syndromer med lammelse	40	42	56	40%
Synsforstyrrelser og blindhed	80	91	60	-25%
Hørevanskeligheder	1.054	964	760	-28%
Spaltning af rygsøjle	73	63	78	7%
Downs Syndrom	83	74	66	-20%
Gangbesvær og mobilitetsforstyrrelser	343	284	140	-59%
Inkontinens	707	730	477	-33%
Sclerosis amyotrophica lateralis (ALS)	17	4	11	-35%
Alle områder	13.013	13.572	10.072	-23%

a.: Tallene for oktober, november og december 2007 er ifølge Københavns Kommune ufuldstændige. Der er søgt korrigeret herfor.

Anm.: Antallet af diagnoser opgøres som antallet af ambulante besøg og udskrivinger. En person kan godt have flere besøg/udskrivinger, hvorfor der ikke er tale om unikke personer.

Kilde: Københavns Kommune, Rehfeld.

Der er sket et fald i aktiviteten i de diagnoser, som er relevante på hjælpemiddelområdet. Fra 2005 til 2007 har der været et fald i aktiviteten på 23 %. For de antalmæssigt særligt store diagnosegrupper er der særlig sket et fald inden for epilepsi, diabetes og hørevanskeligheder.

4.3.2 Demografi

Nedenstående tabel viser udviklingen i forskellige aldersgrupper i Københavns Kommune i perioden 2004 til 2008. Aldersinddelingerne er foretaget med udgangspunkt i målgrupperne for de respektive funktioner.

Tabel 9: Demografisk udvikling i Københavns Kommune og udviklingen i antal modtagere

	Funktion som er relevant for den pågældende aldersgruppe	Udvikling i antal modtagere gennemsnitlig årligt 2004-2007	Ændring, gennemsnitlig årligt 2004-2008, %
0 til 9 år	Integrerede institutioner	-	0,1 %
0 til 18 år	Rådgivningsinstitutioner RS	-	0,9%
	Plejefamilier og opholdssteder mv. for børn og unge		
	Forebyggende foranstaltninger for børn og unge		
	Døgninstitutioner for børn og unge		
	Plejefamilier (SOF)	28,1%	
	Forebyggende foranstaltninger (SOF)	32,5%	
	Døgninstitution (SOF)	22,6 %	
6 til 9 år	Fritidshjem	3,3 %**	0,1 %
6 til 13 år	KKFO	-	0,5 %
7 til 16 år	Folkeskoler	-	1,2 %
	Pædagogisk og psykologisk rådgivning		
	Befordring af elever i grundskolen		
	Specialundervisning i regionale tilbud		
	Specialpædagogisk bistand til børn i førskolealderen		
	Kommunale specialskoler – niveau 3	1,2 %*	
10 til 17 år	Særlige dagtilbud og klubber ES	-	2,4 %
	Særlige dagtilbud og klubber RS		
	Klubber	54,9 %**	
18-65-årige	Pleje og omsorg mv. af ældre og handicappede (SOF)	12,4%	0,7 %
0-65-årige	Hjælpebidler (SOF)	-	0,7 %

* Fra 2004-2005 til 2007-2008

** Fra 2006-2008

Kilde: Statistikbanken.

Den demografiske udvikling for hele perioden viser en stigning på alle områder, men generelt har der været en væsentlig højere stigning i antal modtagere. Som det fremgår, er der betydelig forskel i udviklingen inden for de forskellige aldersgrupper. Således varierer stigningen fra 0,1 % for 0-9-årige til 2,4 % for 10-17-årige. For flertallet af funktioner har stigningen været mellem 0,9-1,2 %. Sammenlignes udviklingen i aktivitet med den demografiske udvikling ses, at der har været en markant højere stigning i aktiviteten end i den demografiske udvikling. Der er derfor ikke en entydig sammenhæng mellem den demografiske udvikling og aktiviteten. Det er

værd at bemærke, at stigningen i aktiviteten for de forskellige diagnoser var mindre eller faldende.

4.3.3 DUT og politiske beslutninger

På dette område er kun fremsendt tal for Socialforvaltningens område.

Nedenfor er gengivet de økonomiske konsekvenser af DUT og politiske beslutninger i perioden og deres andel af den samlede vækst i udgifterne inden for områderne. DUT og politiske beslutninger er en faktor, der kunne forklare evt. udgiftsstigninger inden for BUF og SOF, da det er opgaver, der ikke umiddelbart er relateret til det demografiske underlag eller diagnoserne.

Tabel 10: DUT og politiske beslutninger på børnehandicapområdet (2008 P-L)

Funktion		2004	2005	2006	2007	I % af saml. vækst
5.28.20	Plejefamilier	0	0	5.800	0	58%
5.28.21	Forebyggende foranstaltninger	0	0	18.700	0	252%
5.28.23	Døgninstitution	0	26.754	16.700	0	153%
5.32.35	Hjælpebidler	0	2.003	1.848	43	7%
SOF	Total	0	28.757	43.048	43	

Kilde: Københavns Kommune.

DUT/politiske beslutninger udgør en stor andel af udgiftsstigningen. Nøgletallene viser, at DUT udgør en stor andel af de udgiftsstigninger, der har været i perioden. For plejefamilier udgør DUT-midlerne 58 % af den stigning, der har været i perioden. For forebyggende foranstaltninger og døgninstitutioner er DUT-midlerne højere end udgiftsstigningen. Endelig er for området hjælpebidler sket et fald i udgifterne, selv om der er blevet tilført DUT-midler. I de nedenstående to tabeller ses udviklingen i budgettet for hjemmeplejeområdet.

Tabel 11: Budgetændringer fra vedtaget budget 2006 til vedtaget budget 2007 på hjemmeplejeområdet

	Bevillingsmæssig ændring på funktion 5.32.32
Udmøntning af lønpulje	99
Budgettilpasning	5.797
Generel besparelse	-1.351
Demografi	437
Omflytninger mellem bevillingsområder	1.509
Besparelse vedr. sygefravær	-185
Afdrag på lån til anskaffelse af nyt omsorgssystem	-1.000
Dækning af merforbrug	14.411
DUT (ændring af regler vedr. moms)	-5.758
I alt	13.959

Tabel 12 Budgetændringer fra vedtaget budget 2007 til vedtaget budget 2008 på hjemmeplejeområdet

	Bevillingsmæssig ændring på funktion 5.32.32
Afdrag på lån til anskaffelse af nyt omsorgssystem	-884
Omflytninger mellem bevillingsområder	5
Generel besparelse	-2.330
Budgettilpasning	2.623
Bidrag til barselsfond	-53
Udmøntning af lønpulje	359
Dækning af merforbrug	8.000
Demografi	1.547
Finansiering af udgiftspres	24.600
Bevilling til gennemførelse af effektivisering i udførerdelen (engangsbevilling i 2008)	11.000
I alt	44.867

De ovenstående to tabeller viser, at der i begge år er givet væsentligt højere bevil-linger til området, og at en stor del af merudgifterne henføres til en finansiering af et eksternt udgiftspres eller dækning af merforbrug. I forhold til ændret lovgivning (DUT) er der tale om en negativ regulering på 5,7 mio. kr. i 2006-2007, hvilket således ikke kan forklare de stigende udgifter.

4.3.4 Klager og eksternt forventningspres

Antallet af klager og afgørelse af klager er inddraget, da antallet af klager og udviklingen i antallet af klager kan indikere, i hvor høj grad der er et udgiftspres. Flere klager vil alt andet lige medføre, at Københavns Kommune i højere grad oplever et udgiftspres og øgede forventninger til de ydelser, kommunen skal levere.

4.3.4.1 Klager på Børne- og Ungdomsforvaltningens område

I nedenstående tabel ses antallet af klager, der er indbragt for Klagenævnet.

Tabel 13: Klager indbragt for Klagenævnet vedr. visiteringer

Skoleår	Forlig	Medhold forældre	Medhold PPR	Ej afgjort mv.	I alt klager
2003-2004	5	6	10	-	21
2004-2005	9	8	9	-	26
2005-2006	15	13	9	-	37
2006-2007	18	35	20	-	73
2007-2008	7	45	11	12	75

Kilde: Københavns Kommune.

Der er sket en kraftig stigning i antallet af klager og i medhold til forældrene. Det bemærkes, at antallet af klager er steget med 257 % fra skoleåret 2003-2004 til 2007-2008. Det erindres, at skoleåret 2007-2008 ikke er slut endnu, hvorfor yderligere sager må påregnes. Endvidere bemærkes, at andelen af sager, hvor forældrene

har fået medhold, er steget væsentligt fra 2004 til 2008. I skoleåret 2003-2004 fik forældrene således medhold i ca. 29 % af sagerne indbragt for Klagenævnet, mens andelen i skoleåret 2007-2008 er steget til 60 %

I Tabel 14 vises en række nøgletal vedr. klager på enkeltintegration.

Tabel 14: Nøgletal vedr. enkeltintegration

Skoleår	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Ændring, 2005-2008, %
Antal afslag	49	47	44	-10
Antal klager	15	51	52	247

a.: Klager indbefatter her klager til distrikterne fra forældre over antal timer, der er bevilliget – eller ikke bevilliget.

Kilde: Københavns Kommune.

Der er sket en kraftig stigning i antallet klager inden for enkeltintegration. Fra 2005-2006 til 2007-2008 er der sket en stigning i antallet klager på 247 %. Samtidig skal det erindres, at skoleåret 2007-2008 endnu ikke er afsluttet, og at der derfor stadig kan komme flere klager.

4.3.4.2 Klager på Socialforvaltningens område

Tabel 15 viser udviklingen af klager på hjælpemiddelområdet i perioden 2004 til 2008.

Tabel 15: Klager på hjælpemiddelområdet (5.32.35)

Funktion	2004	2005	2006	2007	2008 ^a
5.32.35 Hjælpemidler	22	20	78	134	13

a.: 2008 er foreløbigt.

Kilde: Københavns Kommune.

Tabel 16: Klager over udmåling af hjemmehjælp

Område	2005	2006	2007* (kun 1-3 kvartal)
Antal klager i alt over udmålingen af hjemmehjælp	17	21	26
Antal sager hvor klagerådet gav medhold i klagen	11,8%	23,8%	15,4%
Antal sager hvor klagerådet IKKE gav medhold i klagen	82,4%	71,4%	80,8%
Klagen frafaldes	5,8%	4,8%	3,8%

Note: Antallet af klager vedrører hele Socialforvaltningens hjemmepleje, dvs. både handicap- og psykiatriområdet. Der foretages ikke særskilt statistik på hvert målgruppeområde, og det er derfor ikke muligt at isolere antal klager alene på handicapområdet.

* Opgørelsen for 2007 er baseret på en opgørelse fra årets tre første kvartaler. Opgørelsen for 2007 er derfor ikke direkte sammenlignelig med opgørelserne for 2005 og 2006.

Som det var tilfældet på BUF-området, har der på SOF-området været en kraftig stigning i antallet af klager. Fra 2004 til 2007 er stigningen således på 509 % på hjælpemiddelområdet og i hvert fald en stigning på 56 % på hjemmehjælp (men sandsynligvis højere, da 4 kvartal for 2007 ikke indgår).

4.3.4.3 **Udviklingen i handicaporganisationernes medlemstal**

En indikator på et øget eksternt forventningspres kan være udviklingen i medlemstallet i handicaporganisationerne. Rationalet bag dette er en forventning om, at flere medlemmer af handicaporganisationerne kan ses om en indikator på, at flere borgere stiller større krav til de ydelser, de modtager fra kommunen.

I nedenstående tabel ses en oversigt over udviklingen i udvalgte handicaporganisationers medlemstal.

Medlemstal	2004	2005	2006	2007	Vækst fra 2004-2007
Epilepsiforeningen	6.387	6.356	6.393	5.851	-8%
Osteoporoseforeningen	6.478	6.606	7.095	7.851	21%
Scleroseforeningen	38.255	36.638	36.027	35.922	-6%
Gigtforeningen	72.700	74.481	74.919	74.372	2%
Hjernesagen	8.498	8.379	8.234	8.227	-3%
Muskelsvindfonden	1.997	2.156	2.259	2.394	20%
I alt	134.315	134.616	134.927	134.617	0%

Som det fremgår af ovenstående tabel, er det samlede medlemstal i de udvalgte organisationer uændret, men der har været en vækst i medlemstallet i Muskelsvindsfonden og Osteoporoseforeningen og Gigtforeningen og et fald i de øvrige.

4.3.5 **Ventelister**

Ventelister kan vise, om der er en efterspørgsel, der ikke bliver mødt af Københavns Kommune. Imidlertid er der kun i meget begrænset omfang data på området.

For *BUF's områder* viser bilag 7.2, at ventelisterne til forskellige tilbud på udvalgte datoer. Det bemærkes, at ventelisterne i sidste halvår er væsentligt reduceret, således at venteliste primo januar 2008 er på 35 – mod 75 i juni 2007. Rambøll Management vil imidlertid ikke drage konklusioner på denne baggrund, da der erfaringsmæssigt er store sæsonbetingede udsving i ventelisterne. I nedenstående er det kun muligt at sammenligne 9. januar 2008 med 9. januar 2007 for samme tidspunkt på året.

For *SOF-område* viser Tabel 17 udviklingen i antal ventende til døgnpleje og døgninstitution fra medio 2006 til primo 2008. Tabellen viser, at der har været et fald i antal ventende fra 193 medio 2006 til 125 primo 2008. Forvaltningen forventer, at denne udvikling vil fortsætte, i kraft af at der er iværksat en plan for området.

Tabel 17: Ventende på SOF's område

		Antal ventende pr. 23. juni 2006	Venteliste, 1. jan. 2007	Nye på ven- teliste i 2007	Iværksat, 2007	Venteliste, 5. feb. 2008
Aflastning	Aflastning	156	101	55	63	93
Anbringelse	<i>Døgnpleje</i>	10	6	34	30	9
	<i>Døgninstitution</i>	27	28	13	18	23
	I alt	37	34	47	48	32
Samlet total (anbring. + aflast.)		193	135	102	111	125

Kilde: Københavns Kommune.

4.4 **Interne faktorer forklaring på udgiftsudvikling**

På BUF området har det været muligt at få en række nøgletal fordelt på BUF-distrikter. I nærværende afsnit undersøges, hvorvidt der er forskelle mellem distrikter i Københavns Kommune, som kan medvirke til at forklare udgiftsudviklingen.

Boks 4: Konklusion for afsnit 4.4

Hovedkonklusionen for afsnittet er, at udgiftsudviklingen ikke kan forklares direkte vha. den interne benchmarking, men den peger på væsentlig variation i praksis. Dette indikerer, at der er potentiale for skabe enighed om fælles praksis.

BUF:

- Antallet af bevillinger er faldet, men der er stor variation mellem distrikterne. Nørrebro har således kun 9,9 bevillinger pr. 1000 borgere, mens det tilsvarende tal er 27,6 for Vesterbro/Kgs. Enghave.
- For antallet af bevillinger i forhold til timer og afslag, så er der også her stor variation mellem distrikterne, og forskellene giver sig tilsyneladende til udtryk i variation i antal klager.

Ovenstående konklusioner skal tages med følgende forbehold:

- Det har ikke været muligt at skaffe oplysninger fra de decentrale enheder på en række områder
- På grund af omlægninger har det ikke været muligt at fremskaffe lange tidsserier for de decentrale enheder.

I Tabel 18 er gengivet udviklingen i antallet af bevillinger fra 2005-2006 til 2007-2008 samt antallet af bevillinger pr. 1000 borgere i målgruppen.

Tabel 18 Bevillinger til enkeltintegration niveau 2 fordelt på BUF-distrikter

Bydel	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Total	Bevillinger pr. 1000 borgere i målgruppen – 2007-2008	Befolkning 0-17 år – 2007*
Indre by	93	81	88	262	13,3	6.628
Østerbro	122	143	123	388	11,2	10.993
Nørrebro	160	146	127	433	9,9	12.812
Vesterbro/Kgs. Enghave	158	158	216	532	27,6	7.827
Valby	136	105	93	334	11,0	8.426
Brønshøj/Vanløse	284	246	196	726	12,5	15.627
Bispebjerg	110	118	74	302	10,8	6.860
Amager	229	225	195	649	11,5	16.973
Uoplyst	17	10	74	101	-	-
I alt	1.309	1.232	1.186	3.727	-	86.359

Kilde: Københavns Kommune.

* Derudover 213 uden for bydelen.

Antallet af bevillinger er faldet, men der er stor variation mellem distrikterne. Der er i perioden 2005-2008 sket et fald i antallet af bevillinger for alle distrikterne samlet set på 9 %. Dette dækker dog over, at der for Vesterbro/Kgs. Enghave er sket en kraftig stigning i antallet af bevillinger, og at der for flere af distrikterne har været en stigning i 2006-2007 for derefter at falde i 2007-2008. Sammenlignes antallet af bevillinger med antallet borgere mellem 0-17 år, så fremgår det, at der er stor variation mellem distrikterne. Nørrebro har således kun 9,9 bevillinger pr. 1000 borgere, mens det tilsvarende tal er 27,6 for Vesterbro/Kgs. Enghave.

Tabel 19 og Tabel 20 nedenfor viser antallet af ansøgninger, bevillinger, afslag samt i klager og medhold.

Tabel 19 Nøgletal vedr. enkeltintegration fordelt på BUF-distrikter, skoleåret 2007-2008 - 1

Bydel	Antal børn søgt	Antal timer søgt	Antal børn bevilliget	Antal timer bevilliget	Børn afslag	Børn afslag søgte timer	Procent bevilligede timer pr. ansøgte timer	Procent afslag pr. ansøgning
Indre by	18	234	13	81	5	70	35%	28%
Østerbro	31	298	20	146	11	84	49%	35%
Nørrebro	23	230	19	128	4	30	56%	17%
Vesterbro/Kgs. Enghave	29	311	22	177	7	56	57%	24%
Valby	24	222	23	145	1	3	65%	4%
Brønshøj/Vanløse	39	353	35	244	4	38	69%	10%
Bispebjerg	21	217	19	124	2	14	57%	10%
Amager	55	727	45	202	10	141	28%	18%
I alt	240	2.591	196	1.247	44	436		

Kilde: Københavns Kommune.

Tabel 20 Nøgletal vedr. enkeltintegration fordelt på BUF-distrikter, skoleåret 2007-2008 - 2

Bydel	Klager	Procent klager pr. ansøgning	PPR medhold	Forlig	Afgørelse mangler	Forældre medhold	Forældre medhold og forlig ⁵
Indre by	7	39%	3	0	0	4	41
Østerbro	4	13%	1	0	0	3	8
Nørrebro	5	22%	0	1	0	4	12
Vesterbro/Kgs. Enghave	11	38%	2	0	1	4	32
Valby	0	0%	0	1	0	0	3
Brønshøj/Vanløse	0	0%	0	0	0	0	0
Bispebjerg	1	5%	0	0	1	0	0
Amager	24	44%	3	1	1	19	172
I alt	52		9	3	3	34	268

Kilde: Københavns Kommune.

For antallet af bevillinger i forhold til timer og afslag er der også her stor variation mellem distrikterne, og forskellene kommer tilsyneladende til udtryk i variation i antal af klager. Der er betydelig forskel mellem antallet af klager pr. ansøgning mellem distrikterne. Der er variation mellem distrikterne på en række punkter mht. antal bevilligede timer pr. ansøgning og antal afslag. Brønshøj/Vanløse bevilliger således 69 % af de timer, der søges om, mens Amager kun bevilliger 28 % af de timer, der ansøges om. Der er også stor forskel på antallet af afslag, hvor Valby kun afviser 4 % af ansøgningerne, mens Østerbro afviser 35 %. Det viser også, at nogle distrikter

⁵ Sagen er blevet revurderet på baggrund af klage, og forældrene har fået medhold, men ikke i det omfang de har ønsket i deres klage. Det kan fx være et forlig om antallet af timer på baggrund af en klage.

(Valby) ikke afviser så mange, men at de til gengæld ikke bevilliger alle de ansøgte timer.

For Amager resulterede 44 % af ansøgningerne i en klage, mens Brønshøj/Vanløse og Valby ikke har nogen klager. Amager har også en meget lav andel bevilligede timer pr. ansøgning, og det kan resultere i flere klager. Til gengæld giver Amager få afslag på klagerne. Samlet set tyder tallene dog på, at der reageres i form af klager, når distrikterne bevilliger få af de ansøgte timer, men at der ikke i samme grad klages, når ansøgningen helt afvises.

I bilag 7.1 er desuden opgjort antallet af visitationer inden for specialskoler. *Der er stor variation på området. Ét distrikt har ikke på alle områder flere bevillinger i forhold til visitationer, så der kan ikke peges på distrikter med generelt anderledes visitationsadfærd på tværs af områder.* Det er bemærkelsesværdigt, at distrikter, der bevilliger en høj andel af ansøgninger til enkeltintegration, ikke nødvendigvis også bevilliger en høj andel til specialskoler. På specialeskoleområdet bevilliger Amager således under halvdelen af ansøgningerne, mens distriktet på området "enkeltintegration" gav afslag på kun 18 % af ansøgningerne.

4.5 **Københavns Kommune i forhold til andre kommuner**

I nærværende afsnit sammenlignes Københavns Kommunes udgifter på BUF- og SOF-området med de øvrige byer i 6-by samarbejdet, Odense, Esbjerg, Randers, Århus og Aalborg. Formålet med afsnittet er at afklare, hvorvidt:

- Københavns Kommune har et højere udgiftsniveau end 6-byerne, hvor der indrages forskelle i demografi og diagnoser.

Hovedkonklusionen for afsnittet er, at Københavns Kommune har et relativt højt omkostningsniveau – uden det dog er det højeste.

På grund af en anden opgavefordeling inden ikrafttrædelse af kommunalreformen den 1. januar 2007, er det kun muligt at sammenligne kommuner for årene regnskabet 2007 og budgettet 2008.

Boks 5: Konklusion for afsnit 4.5

BUF:

- Københavns Kommune har et relativt højt udgiftsniveau, men det er på niveau med flere andre kommuner. Københavns Kommune har sammen med Randers, Odense og Aalborg kommuner de højeste udgifter.
- Københavns Kommune har sammen med Esbjerg Kommune den højeste aktivitet pr. indbygger på 0,021 ydelser pr. indbygger.
- Inden for specialundervisningsområdet har Københavns Kommune en højere frekvens i specialundervisning end landsgennemsnittet.

SOF:

- Udgifterne i Københavns Kommune ligger kun lidt over gennemsnittet for 6-byerne. De områder, hvor Københavns Kommune særligt har højere udgifter pr. indbygger, er døgninstitutioner for børn og unge, mens kommunen har relativt lave udgifter til pleje og omsorg og hjælpemidler.
- Sammen med Århus Kommune har Københavns Kommune det største fald i aktiviteten inden for diagnoser, og har sammen med Aalborg Kommune det laveste aktivitetsniveau pr. indbygger.

BUF og SOF:

- Der er ikke entydig sammenhæng mellem mange diagnoser pr. indbygger og høje udgifter.

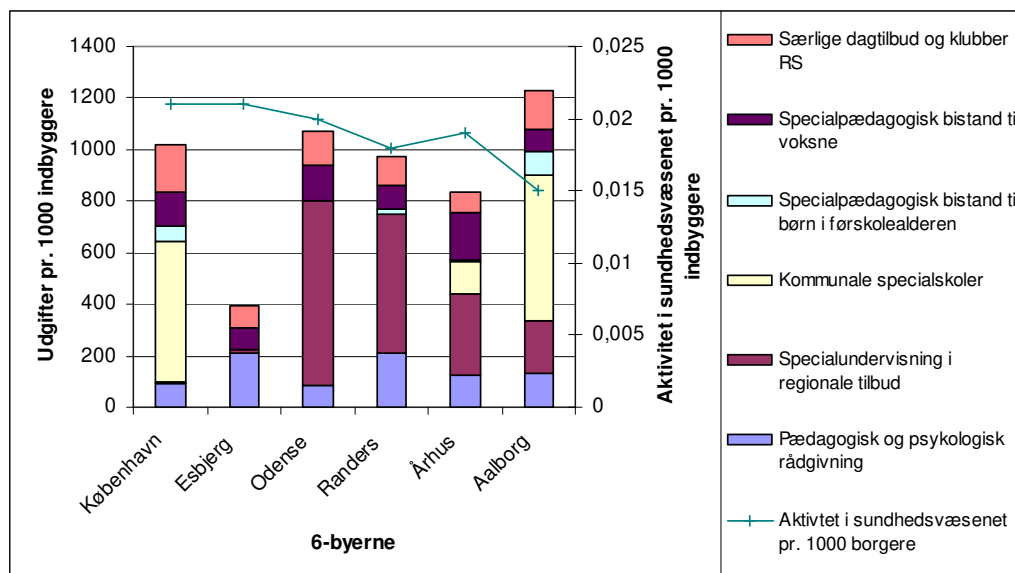
Ovenstående konklusioner skal tages med følgende forbehold:

- Der er kun sammenlignet på perioden 2007-2008 da 6-byerne havde en anden finansieringsstruktur end København inden 2007.
- 2007 er første år for de øvrige 6-byer med det fulde finansieringsansvar på områderne, hvilket kan have betydning for hvor retvisende budget 2007 er.
- Forskelle i udgiftsniveau kan ikke direkte oversættes til forskelle i effektivitet eller kvalitet i indsatsen.

4.5.1 Områder under Børne- og Ungdomsforvaltningen

Figur 3 viser de vigtigste sammenligningspunkter mellem 6-byerne. I bilag 7.6 findes mere detaljerede oplysninger om 6-byerne. Af figuren fremgår udgifter i forhold til antallet af indbyggere i kommunerne. Dermed er det muligt at sammenligne udgifterne i Københavns Kommune med udgifterne pr. 1000 indbyggere i 6-byerne. Derudover er på den anden akse angivet aktivitet i sundhedsvæsenet pr. 1000 indbyggere i 2007.

Figur 3: Sammenligning af udgifter pr. indbygger og aktivitet i sundhedsvæsenet inden for relevante diagnoser på BUFs område (0-18-årige)



Kilde: Københavns Kommune.

Københavns Kommune har et relativt højt udgiftsniveau, men det er på niveau med flere andre kommuner. Ovenstående figur viser, at ud over Københavns Kommune har Randers, Odense og Aalborg kommuner de højeste udgifter. Aalborg Kommune har de højeste forventede udgifter i 2008 med en udgift 1.188 kr. pr. 1000 borgere, hvor Københavns har en tilsvarende udgift på 1.063.

En forklaring på forskellene i udgiftsniveauer kan være antallet af diagnosticerede patienter i kommunernes befolkning, målt på relevante diagnosegrupperes aktivitetsniveau i sygehusvæsenet. Høje udgifter kan således skyldes en stor andel borgere med handicapdiagnoser.

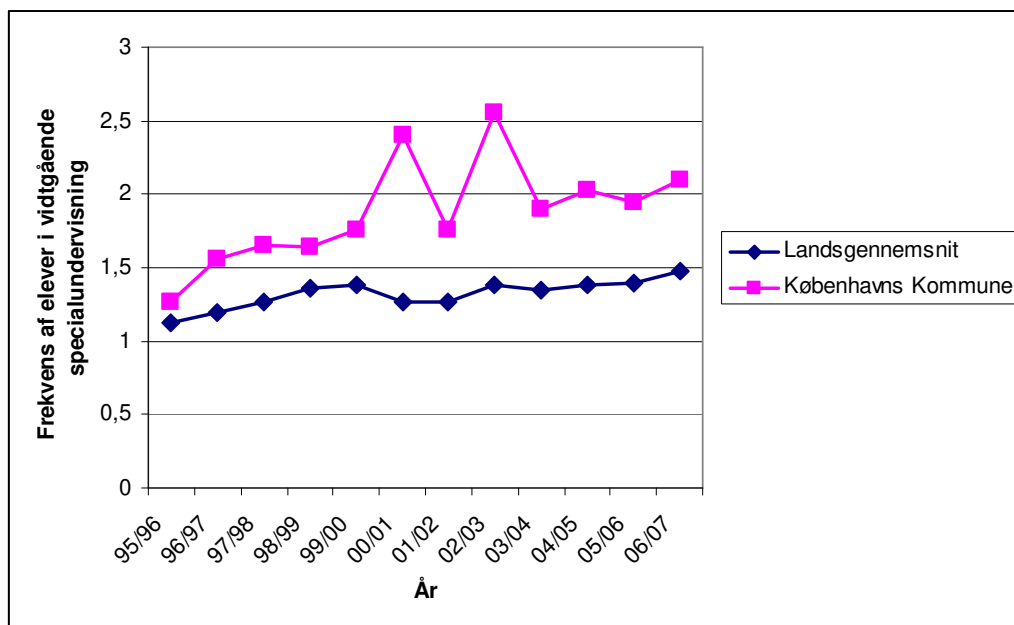
Københavns Kommune har den største andel diagnosticerede borgere målt på aktivitet i sundhedsvæsenet sammen med Esbjerg Kommune og efterfulgt af Odense Kommune. Der er relativt mange sygehusbesøg for borgere med relevante diagnoser i Københavns Kommune i forhold til indbyggerantallet, da Københavns Kommune sammen med Esbjerg Kommune har den højeste antal ydelser leveret af sygehusvæsenet pr. indbygger på 0,021 ydelser pr. indbygger. Forbruget af sygehusydelser pr. indbygger har i Københavns Kommune været stabilt fra 2005 til 2007.

Sammenholdes oplysningerne i figuren, viser den, at der ikke er entydig sammenhæng mellem mange diagnoser og høje udgifter. Odense, Randers og Aalborg kommuner, der har høje udgifter, har ikke en højere aktivitet inden for diagnoserne. Tværtimod har Aalborg Kommune den klart laveste aktivitet pr. indbygger.

For BUF-området kan sammenligningen med 6-byerne suppleres med den generelle udvikling mht. elever i vidtgående specialundervisning. UNI-C, der indsamler oplys-

ningerne for Undervisningsministeriet, gør opmærksom på, at man skal være varsom med at sammenligne over år mellem amter/kommuner. Nedenstående viser frekvensen af elever i vidtgående specialundervisning i Københavns Kommune og på landsgennemsnittet.

Figur 4: Frekvensen af elever i vidtgående specialundervisning i folkeskolens 1. – 10. klasse i skoleårene 1995/96 – 2006/07



Kilde: UNI-C⁶

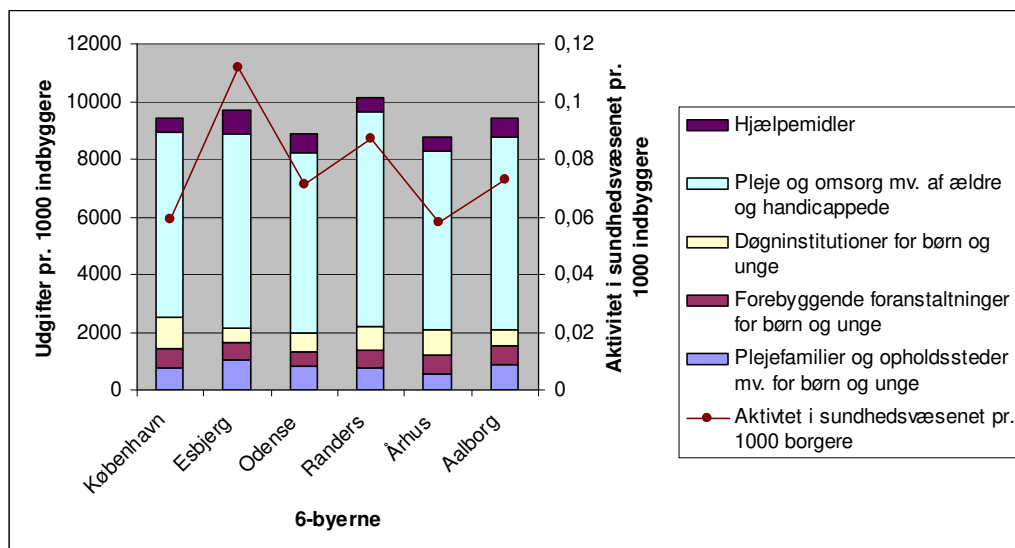
København Kommune har gennem hele perioden haft en højere frekvens af elever i specialundervisning. Figuren viser, at der siden 95/96 har været en stigning i frekvensen af elever i specialundervisning – både i Københavns Kommune og på landsplan. I 95/96 var frekvens således 1,12 på landsplan og 1,26 i Københavns Kommune, mens tilsvarende tal for 06/07 er henholdsvis 1,48 og 2,1. Frekvensen i København er dermed steget mere i perioden end på landsplan. Det kan ikke i nærværende analyse afklares, hvorvidt den højere frekvens i Københavns Kommune skyldes fx højere serviceniveau, større behov i målgruppen eller et skred i visitationen til specialundervisningstilbud.

4.5.2 Områder under Socialforvaltningen

Figur 5 viser udgiftsniveauerne på socialområdet for 6-byerne pr. indbygger samt sygehusforbruget pr. indbygger. I bilag 7.6 findes mere detaljerede oplysninger om 6-byerne.

⁶ Udsvingene omkring år 2000 er udtryk for ændrede regler på området.

Figur 5: Sammenligning af udgifter pr. indbygger og aktivitet i sundhedsvæsenet inden for alle relevante diagnoser på SOFs område (0-65-årige)



Kilde: Københavns Kommune.

Udgifterne i Københavns Kommune ligger kun lidt over gennemsnittet for 6-byerne. Udgifterne pr. indbygger for Københavns Kommune ligger for 2008 på 9.146 kr. pr. 1000 indbyggere, mens det højeste udgiftsniveau er i Randers Kommune med 9.717. Alle kommunerne har forventning om, at udgifterne vil falde i 2008 fra 1 til 6 %.

De områder, hvor Københavns Kommune særligt har højere udgifter pr. indbygger, er døgninstitutioner for børn og unge, mens kommunen har relativt lave udgifter til pleje og omsorg og hjælpe midler. Udgifterne er samlet set for alle kommunerne stabile, men inden for de enkelte områder er der et betydeligt udsving.

Sammen med Århus Kommune har Københavns Kommune det største fald i forbruget af sygehusydelse, og har sammen med Aalborg Kommune det laveste forbrug pr. indbygger. Københavns Kommune er den eneste kommune ud over Århus Kommune, hvor der er sket et fald i forbruget. Forbruget pr. indbygger er fra 2005-2007 faldet med henholdsvis 2 % og 7 %. I kraft af det store udbud af sygehusydelse i området er det bemærkelsesværdigt, at kun Aalborg Kommune har et lavere forbrug pr. indbygger end Københavns Kommune.

For hjemmeplejeområdet er det muligt at give en mere detaljeret opgørelse af forskellene mellem 6-byerne. Nedenstående tabel viser udviklingen i antal modtagere, antal visiterede timer og endelig nettodrifudsudgifterne.

Tabel 21: Forskelle mellem 6-byerne på hjemmeplejeområdet

	København	Århus	Odense	Aalborg	Esbjerg	Randers
Antal modtagere af pleje og omsorg pr. 1.000 i aldersgruppen	11	7	9	9	9	10
Antal visiterede timer pr. uge pr. modtager af pleje og omsorg	2,48	2,56	3,29	2,69	4,04	2,61
Nettodriftsudgifter til pleje og omsorg til handicappede, sindslidende samt udsatte grupper	558	753	937	1.054	-	1.627

Kilde: Københavns Kommune.

Københavns Kommune har flere modtagere af hjemmepleje, men færre visiterede timer pr. uge pr. modtager. Med 11 modtagere pr. 1000 i aldersgruppen har Københavns Kommune flere modtagere end de øvrige kommuner i sammenligningen. Imidlertid viser opgørelsen over antal visiterede timer, at Københavns Kommune har det mindste antal visiterede timer pr. modtager af pleje og omsorg. Det kan altså ikke konkluderes, hvorvidt serviceniveauet er højere i Københavns Kommune, da sammenligningen ikke giver et entydigt svar.

5. Vignetanalyse

For at belyse baggrunden for det stigende ressourceforbrug på handicap- og specialområdet har undersøgelsen både sat fokus på at afdække visitationspraksis og økonomistyring i kommunen.

Det første aspekt er belyst gennem en visitationsanalyse blandt sagsbehandlere og visitationsudvalg på handicap- og specialområdet. Hensigten har været at afdække, i hvilken grad der er variationer på tværs af sagsbehandlere og visitationsudvalg mht. de ydelser der visiteres til – for derigennem at undersøge potentialet for udgiftskontrol gennem en højere grad af styring og ensretning af visitationen. Undersøgelsens resultater fremlægges i det følgende kapitel.

Boksen nedenfor opsummerer de vigtigste konklusioner af undersøgelsen.

Boks 6: Konklusioner fra vignetanalysen på tre udvalgte områder under BUF og SOF

- Generelt peger analysen på væsentlige forskelle i visitationen på tværs af sagsbehandlere (i SOF) og distrikter (i BUF). Forskellen viser sig både i valg af forskellige *typer* af foranstaltninger og i *omfanget* af de ydelser, der bevilges. Udgifterne for de visiterede løsninger svinger i hovedparten af sagerne med mere end 30 % fra den dyreste løsning til den gennemsnitlige pris for de valgte løsninger.
- Vignetanalysen på børnehandicapområdet udviser de største variationer mellem sagsbehandlernes valg af foranstaltninger, idet de dyreste løsninger her ligger mellem 75 og 300 % over den gennemsnitlige pris. Analysen på hjemmeplejeområdet er den, som viser de færreste udsving, idet det højeste udsving i prisen for visiterede ydelser er på 46 %, mens det højeste udsving på BUF's område er på 84 %. At de største udsving findes på børnehandicapområdet hænger dog sandsynligvis sammen med, at der her findes en mere forskelligartet vifte af foranstaltninger, som kan gives i de enkelte sager.
- Analysen tyder på, at omfanget af foranstaltninger – og derved prisen – hænger sammen med sagsbehandlernes erfaring på området. Således peger både vignetanalysen på børnehandicap- og hjemmeplejeområdet på, at sagsbehandlere med mange års erfaring vælger billigere foranstaltninger end sagsbehandlere med kort erfaring på området.
- Endelig tyder analysen på, at sagsbehandlerne ikke har et klart indtryk af prisen på de forskellige foranstaltninger på børnehandicapområdet i SOF og specialtilbudsområdet i BUF. Dette kommer til udtryk ved, at langt hovedparten af vignetterne på disse områder ikke er besvaret med priser. Til gengæld tyder analysen af hjemmeplejevisitationen på, at sagsbehandlerne har et godt kendskab til priserne på dette område.

Der skal indledningsvis tages en række forbehold for brugen af vignetanalyse som metode til at afdække sagsbehandlings- og visitationspraksis:

- Generelt skal der tages det forbehold for vignetanalysen som metode, at respondenterne udelukkende træffer beslutning på baggrund af *skriftligt materiale*. Derved adskiller processen sig væsentligt fra en normal sagsbehandling, som vil involvere personlig kontakt med og kendskab til den borger, som sagen omhandler. Det kan betyde, at variationen i afgørelserne *overestimeres* i vignetanalysen, da sagsbehandlerne sandsynligvis ville træffe mere enslydende beslutninger, hvis de havde adgang til den ekstra information, som det personlige møde bibringer.
- Vignetanalysen på SOF's område afviger desuden fra den normale visitationspraksis i den forstand, at sagsbehandlerne ikke har haft mulighed for at *sparre* med deres kolleger – hvilket ofte vil ske i praksis. Dette øger også sandsynligheden for større variation i vignetanalysens afgørelser end i de faktiske afgørelser.
- Samtidig er det vigtigt at understrege, at visitation altid jf. lovgivningen skal være baseret på den individuelle sagsbehandlers *faglige skøn*. Dermed er det ikke muligt at foretage en fuldkommen styring på området, og dermed er det også forventeligt, at der altid vil være en vis variation i de vurderinger, der foretages.
- Endelig er det vigtigt at understrege, at de billigste foranstaltninger ikke altid er de mest rigtige. Rambøll Management går ikke ind i en faglig vurdering af, hvilke foranstaltninger der er tilstrækkelige i de enkelte sager, og vignetanalysen kan således ikke anvendes til at sige, at den billigste valgte løsning nødvendigvis er den, som de øvrige burde vælge.

5.1 Om brugen af vignetanalyse til at afdække visitationspraksis

For at afdække forskelle i visitationspraksis på handicapområdet under SOF og specialområdet under BUF har Rambøll Management gennemført en såkaldt *vignetanalyse*.

En vignetanalyse er opbygget på den måde, at sagsbehandlere og/eller visitationsudvalg bedes foretage en hypotetisk afgørelse i en række anonymiserede sager, hvorefter disse afgørelser anvendes som afsæt for at vurdere forskelle i visitationspraksis på tværs af sagsbehandlere og enheder. Undersøgelsens metode omfatter både et kvalitativt og et kvantitativt element, idet der både fokuseres på, hvilke foranstaltninger der vælges i de enkelte sager og på, hvilke omkostninger der knytter sig til de forskellige valg af foranstaltninger.

I den gennemførte analyse har SOF og BUF udvalgt et antal anonymiserede sager relateret til i alt tre områder – et område under BUF og to områder under SOF:

- BUF: Specialundervisning
- SOF: Hjemmepleje
- SOF: Handicappede børn

Konkret er undersøgelsen foregået på den måde, at der inden for hvert område er blevet udsendt 5-6 sagsbeskrivelser til de relevante grupper af sagsbehandlere inden for SOF og BUF. Disse har herefter udfyldt et spørgeskema med deres vurdering af og afgørelse i de enkelte sager. På områderne under SOF har det været de enkelte sagsbehandlere, som har taget stilling til vignetterne, mens de på BUF's område er blevet behandlet i de visitationsudvalg, som typisk træffer afgørelse i den type sager.

Rambøll Management har på baggrund af de indkomne besvarelser beregnet de omkostninger, der er knyttet til de enkelte medarbejders/visitationsudvalgs valg af foranstaltninger.

5.2 Vignetanalyse i Børne- og Ungdomsforvaltningen

Boks 7: Konklusioner fra vignetanalysen på BUF's område

- Vignetanalysen på specialundervisningsområdet viser en vis spredning i, hvordan de seks sager vurderes i de otte PPR-distrikter.
- De dyreste løsninger i de enkelte sager er mellem 13 og 84 % dyrere end den gennemsnitlige pris for de foreslåede løsninger.
- Det PPR-udvalg, som gennemsnitligt visiterede til de dyreste tilbud, angav løsninger, som var 24 % dyrere end gennemsnittet.
- Der er størst enighed i de "tungere" sager om autisme, mens de største variationer findes i "gråzone-sager" om en 6-årig pige med ADHD og en 7-årig dreng med sprogproblemer.
- Visitationsudvalgene er generelt ikke bekendt med priserne for de tilbud, der visiteres til.

Datamaterialet til vignetanalysen på BUF's område består af seks sager, der er udformet som en anmodning om et bestemt specialundervisningstiltag samt anden specialpædagogisk bistand.

Datamaterialet omfatter en gennemgang af årsagerne til, at barnet henvises, hvilket inkluderer en anamnese af barnet, skoleudtalelser og en pædagogisk-psykologisk vurdering af barnet. Dette er med henblik på at vurdere, hvilken foranstaltning der søges om til barnet. Sagerne indeholder typisk en vurdering af barnets sprogforståelse, sociale adfærd, kommunikationsevner, motorik mv., hvilket således sammenfatter barnets ressourcer og svagheder. Sluttelig beskrives sagsbehandlerens samlede konklusion og anbefalinger til barnet. I de anonymiserede sager er indeholdt alt det materiale, som normalt er en del af sagen.

Vignetterne er udsendt til samtlige otte PPR-distrikter og hensigten har været, at det skulle være det samlede visitationsudvalg, som traf afgørelse i sagerne. I praksis har det dog ikke i alle tilfælde været muligt at samle visitationsudvalget, og i disse tilfælde er opgaven besvaret af den enkelte PPR-chef.

Priserne for de foreslåede løsninger i sagerne er beregnet på baggrund af prisoplysninger udleveret fra BUF (se Tabel 39 i bilag). Respondenterne er i vignetanalysen blevet bedt om at angive prisen for de foreslåede tilbud, men har med en enkelt undtagelse ikke besvaret dette spørgsmål.

I tabellen nedenfor gives en kort præsentation af de seks sager, som indgår i vignetanalysen:

Boks 8: Oversigt over de seks sager i vignetanalysen for BUF

Sag nr. 1

Sag nr. 1 vedhører en pige på 6½ år med taleproblemer og problemer med at begå sig socialt blandt jævnaldrende. Pigen vurderes som forsinket i sin udvikling og som værende i den nedre del af normalområdet for begavelse. Pigen er diagnosticeret med ADHD og påbegynder snart medicinsk behandling. Der anmodes om placering på specialskole for elever med specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD).

Sag nr. 2

Sag nr. 2 er en dreng på 7 år, som er adopteret fra Sydamerika. Drengen har et højt aktivitetsniveau og er diagnosticeret med ADHD. Drengen vurderes som værende normalbegavet, men med store koncentrations- og opmærksomhedsproblemer. Der anmodes om placering på specialskole for elever med specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD).

Sag nr. 3

Sag nr. 3 vedrører en dreng på 11 år, som er diagnosticeret med infantil autisme. Han er fagligt på niveau med klassen bogligt, men arbejder langsomt, er meget indesluttet, forvirret og går alene rundt. Han har siden 1. klasse fået specialundervisning og får nu 15 timers ugentlig støtte. På trods af dette formår han ikke at udvikle sig optimalt, og anbefales et skoletilbud for børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelse.

Sag nr. 4

Sag nr. 4 vedrører en dreng på 7 år, der er diagnosticeret med infantil autisme, er hypermobil og har en intelligens svarende til den nederste del af normalområdet. Har haft en normal motorisk udvikling, men har været meget forsinket i sin sproglige udvikling. Drengen har brug for faste og strukturerede rammer og anbefales at få plads på en skole for elever med gennemgribende udviklingsforstyrrelser samt et specialfritidshjem.

Sag nr. 5

Sag nr. 5 vedrører en dreng på 9 år, hvis forældre er fra Somalia og er fætter og kusine. Drengen har store faglige vanskeligheder og kan ikke genkende tal og bogstaver. Drengen har massive sociale vanskeligheder og har ingen venner i skolen. Han ville ikke kunne følge med i en almindelig 1. klasse. Han er i november 2003 indstillet til PPR pga. tale- og sprogsvanskeligheder, og i 2005 deltager han i en gruppe for tosprogede børn. Har dog fortsat brug for meget ekstra hjælp til at udvikle sit sprog, forståelse og udtale. Det anbefales fra den indstillende psykolog, at han placeres i specialskole/specialklasserække for børn med sværere generelle indlæringsvanskeligheder.

Sag nr. 6

Sag nr. 6 vedrører en dreng på 7 år med store kommunikative sproglige vanskeligheder og meget motorisk urolig. Han har i børnehaven fået ambulans taleundervisning i 1 time om ugen med forskellige talepædagoger og har fået tildelt 4 støttetimer i fritidshjemmet. Har derudover været i sproggruppe, hvor talepædagogerne vurderer, at han ikke kan følge en almindelig skoleklasse. Der ansøges om specialskole/specialklasserække for børn med tale-sprogproblemer.

Visitationsudvalgene har gennemgående vurderet, at det tilsendte materiale belyser sagerne godt. Især sag nr. 3 og 5 vurderes at være velbelyste, men også sag 1, 2 og 4 vurderes af langt hovedparten at være godt belyst. Kun i relation til sag nr. 6 angiver omkring halvdelen, at sagen er mindre godt eller dårligt belyst. Der efterlyses bedre psykologisk testning, bedre talepædagogisk vurdering på engelsk samt bedre belysning af barnet i social sammenhæng.

Det tilsendte spørgeskema er bygget sådan op, at visitationsudvalget har skullet angive, om man imødekommer, afviser eller videresender sager til central visitation. I de tilfælde hvor anmodningen afvises med ønske om at give et alternativt tilbud, har udvalget skullet markere, hvilket alternativt tilbud man ville tilbyde. Hvis udvalget vælger at videresende til central visitation, er de blevet bedt om at angive, hvilken foranstaltning man ville tilbyde, hvis sagen tilbagesendes fra den centrale visitation.

Resultater af vignetanalysen

De otte PPR-distrikters afgørelser i de enkelte sager fremgår i bilaget i Tabel 42 og Tabel 43 i bilag, som viser, hvorvidt sagen imødekommes, afvises eller videresendes til central visitation samt af Tabel 44 og Tabel 45 i bilag, som viser, hvilke foranstaltninger barnet tilbydes.

Besvarelsene viser, at der i så godt som alle sagerne er stor variation i PPR-distrikternes vurderinger. Der er således ingen af sagerne, hvor der er enighed om, hvorvidt sagen skal afvises, imødekommes eller videresendes til central visitation, og det er også kun få, hvor der tilnærmelsesvis er enighed.

I det følgende foretages en kort gennemgang af afgørelserne i de enkelte sager:

- I sag nr. 1 om en 6-årig pige med ADHD afviser halvdelen af visitationsudvalgene at give den ønskede foranstaltning (specialskole) og foreslår i stedet en alternativ foranstaltning, herunder bl.a. indskolingsklasse og skoleudsættelse. Kun to foreslår at bevillige den anmodede foranstaltning direkte. Endvidere er der også kun to af visitationsudvalgene som mener, at sagen bør videresendes til central visitation. Prismæssigt er det i denne sag, der er den største udsving, idet den dyreste foreslåede løsning er 84 % dyrere end gennemsnittet.
- I sag nr. 2 om en 7-årig dreng med ADHD mener fem ud af otte visitationsudvalg, at det anmodede tilbud (specialskole) vil være det rigtige tilbud for

barnet, mens de øvrige tre foreslår enkeltintegration. Tre angiver, at de imødekommer ansøgningen direkte, mens tre vil videresende til central visitation. Den dyreste løsning ligger cirka 40 % over den gennemsnitlige pris for de foreslåede tilbud.

- Sag nr. 3 er den sag, hvor flest er enige, idet syv ud af otte mener, at specialskole er det rigtige tilbud for den 11-årige dreng med autisme. Fem visitationsudvalg vælger at imødekomme ansøgningen direkte, mens de øvrige mener, at den bør videresendes til central visitation. Kun en enkelt foreslår enkeltintegration i den pågældende sag. Det prismæssige udsving på 49 % i denne sag skyldes primært, at nogle visitationsudvalg også tildeler specialfritidshjem i sagen.
- I sag nr. 4 om en 7-årig dreng med autisme mener fem ud af otte, at specialskole for børn med autisme er det rigtige tilbud, mens en foreslår enkeltintegration og en anden specialskole for børn med lettere indlæringsvanskeligheder. Tre af udvalgene ville imødekomme ansøgningen, mens tre ville videresende den til central visitation. Der er relativt lille udsving fra den dyreste løsning til gennemsnittet, hvilket skyldes, at hovedparten er enige om det dyre tilbud i form af både specialskole og -fritidshjem.
- I sag nr. 5 om en dreng på 9 år med indlæringsvanskeligheder er visitationsudvalgene splittede mellem at anbefale specialskole for børn med hhv. lettere og sværere indlæringsvanskeligheder. Tre foreslår det første og fire det sidste. Kun et af visitationsudvalgene vil videresende sagen til central visitation. Den dyreste løsning afviger 30 % fra den gennemsnitlige pris.
- Sag nr. 6 om en dreng på 7 år med sproglige vanskeligheder er der relativt stor uenighed om. Fire visitationsudvalg vælger at bevillige den ønskede specialskole for børn med tale-sprogproblemer, mens der blandt de øvrige tilbydes enkeltintegration, indskolingsklasse og specialundervisning med tale-hørebestand. Også her er syv ud af otte enige om, at sagen kan behandles decentralt. Variationen i de bevilligede tilbud afspejler sig i en relativt stor forskel i priserne – de dyreste forslag er således 62 % dyrere end gennemsnittet.

Alt i alt vidner visitationsanalysen på BUF's område således om, at i hovedparten af sagerne er der relativt stor divergens mellem de forskellige PPR-distrikters vurdering. Størst enighed findes i de "tungere" sager om børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelse i form af autisme, idet langt hovedparten her er enige om, at der bør bevilges specialskole.

Mindre enighed findes i sagerne om mindre omfattede problematikker, særligt i sag 6 vedrørende sproglige problemer og sag 1 om et barn med ADHD, hvor barnet kun er 6 år og derfor vurderes at kunne udvikle sig til at blive egnet til normalskole. Den store variation inden for disse sager afspejler naturligvis, at der i de sager er et stør-

re rum for skøn, fordi barnet befinder sig i gråzonen for, hvad der kan rummes inden for normalområdet, men det afspejler sandsynligvis også lokale forskelle på praksis for, hvornår der henvises til de forskellige tilbudstyper.

Ses der på tværs af sagerne, er der således også en vis tendens til, at nogle distrikter er mere tilbøjelige end andre til at mene, at sagen skal visiteres til central beslutning. Endvidere fremgår det, at nogle oftere tilkender den ønskede foranstaltning – dette gælder bl.a. Vesterbro, Nørrebro og Amager. Beregnes den gennemsnitlige pris for de visiterede foranstaltninger, ses der en tendens til, at disse distrikter har en højere gennemsnitspris end de øvrige, som det fremgår af tabellen nedenfor. Dette afspejler, at de distrikter, som ikke imødekommer ansøgningen, typisk foreslår et mindre omfattende tilbud:

Tabel 22: Oversigt over gennemsnitspriser i de seks sager

PPR-distrikt	Gennemsnitlig pris pr. sag
Vesterbro/Kgs. Enghave	483.833
Amager	431.833
Nørrebro	413.500
Valby	393.800
Brønshøj/Vanløse	372.000
Bispebjerg	352.600
Indre By	347.600
Østerbro	319.000
Gennemsnit	389.271
Afvigelse mellem dyreste og gennemsnit	24 %

Af tabellen fremgår det, at de foreslåede tilbud gennemsnitligt beløber sig til kr. 389.271, og at det dyreste distrikt har en gennemsnitspris, der ligger 24 % over gennemsnittet. Analysen giver grund til at tro, at der er en vis systematik i, at nogle distrikter visiterer til dyrere tilbud end andre, og at der derfor er potentiale for bedre udgiftskontrol ved at søge at sikre mere ensartethed i de forskellige distrikters visitationspraksis.

5.3 Vignetanalyse i Socialforvaltningen

Inden for SOF er der gennemført to forskellige vignetanalyser – en på børnehandicapområdet og en på hjemmeplejeområdet.

5.3.1 Vignetanalyse af sager på børnehandicapområdet

Boks 9: Konklusioner fra vignetanalysen på børnehandicapområdet

- Vignetanalysen på børnehandicapområdet viser, at der er relativt stor spredning, både hvad angår hvilke typer af foranstaltninger der iværksættes, og i hvilket omfang de enkelte ydelser tilbydes.
- De dyreste løsninger omfatter således foranstaltninger, der er mellem 75 og 330 % dyrere, end gennemsnittet for de foranstaltninger, der er blevet foreslået.
- Analysen viser, at de sagsbehandlere, som har arbejdet med børnehandicap længe, typisk visiterer til billigere løsninger end de mindre erfarne sagsbehandlere.
- Analysen viser, at sagsbehandlere på området typisk ikke har et særligt godt kendskab til priserne for de foreslåede foranstaltninger, om end nogle har et vist kendskab.

Til vignetanalysen på børnehandicapområdet er udvalgt i alt fem sager. Sagerne er udvalgt af Rambøll Management blandt 10 forskellige sager. Sagerne er udvalgt, så der er sikret en vis spredning i alder, handicap og ønsket foranstaltning. Endvidere er der i udvælgelsen prioriteret de sager, hvor det fremstod mindre entydigt, hvilken foranstaltning der ville blive givet, idet man har ønsket at teste variationen i sagsbehandlernes afgørelser.

Deltagerne i vignetanalysen har fået fremsendt et § 50-undersøgelsesskema for hver sag som udgangspunkt for deres vurdering. Sagerne indeholder oplysninger om familiens situation og barnets udvikling og adfærd, herunder ressourcer og svagheder, samt anledningen til undersøgelsen af barnet. Desuden beskrives barnets sociale netværk samt øvrige relevante forhold omkring barnet. Rambøll Management har fjernet den afsluttende vurdering og konklusion fra sagsmaterialet.

I det tilsendte spørgeskema har medarbejderne haft mulighed for at angive både en primær og en sekundær foranstaltning samt omfanget af timer/dage af de enkelte foranstaltninger.

Vignetanalysen er udsendt til i alt ni personer og er besvaret af i alt syv medarbejdere og en leder inden for børnehandicapteamene. Dermed er denne vignetanalyse kun gennemført blandt et udsnit af det samlede antal medarbejdere på børnehandicapområdet, hvor i alt omkring 30 personer beskæftiger sig med den pågældende type opgaver. Når undersøgelsen kun er gennemført blandt ni af disse, skyldes det tids- og ressourcemæssige hensyn.

Nedenfor findes en kort beskrivelse af de valgte sager med en præsentation af barnets alder, handicap og baggrunden for den ønskede foranstaltning.

Boks 10: Oversigt over de fem sager i vignetanalysen for SOF, børnehandicap

Sag nr. 1

Sagen omhandler en familie med et udviklingshæmmet barn på 6 år. Barnet kræver meget opmærksomhed i familien, hvilket er vanskeligt for familien, fordi faren har fået konstateret en kronisk kræftsygdom, som gør ham meget træt. Samtidig har familien også et barn på 4 år, som det er vanskeligt at give tilstrækkeligt opmærksomhed. Der har ikke tidligere været foranstaltninger i familien. Der ansøges nu om aflastning til barnet en weekend om måneden.

Sag nr. 2

Sagen omhandler en pige på 15 år, der ifølge Skolepsykiatrisk Center er tilbagetrukket, afvisende, ængstelig og affektlabil og muligvis har en psykiatrisk lidelse. Pigen møder kun sjældent op i skolen og har ingen respekt for sin mor. Forældrene mener, at hun skal have et andet skoletilbud og en person, der kommer i hjemmet og taler med hende og moderen om, hvordan de skal tale sammen. PPR-psykologen anbefaler dagbehandling.

Sag nr. 3

Sagen omhandler en dreng på 16 år, der er diagnosticeret med Aspergers Syndrom. Drengen har fra 2000 til 2006 været anbragt uden for hjemmet på en institution. Drengen beskrives som værende i en positiv udvikling, men som noget socialt isoleret og som havende behov for støtte til frigørelse fra hjemmet. Der er tidligere søgt om støttekontaktperson til ham, og han er skrevet på venteliste til Center for Autismes ungdomsklub. Drengen har brug for støtte i udviklingen af sine boglige og sociale kompetencer for at fremme frigørelsen fra hjemmet. Han anbefales nu et efterskoleophold med specialpædagogiske undervisningstilbud.

Sag nr. 4

Sagen handler om en dreng på 14 år, der er belastet af en række lidelser i form af hjertefejl, mental retardering, spasticitet og synssvækkelse. Sygdommene har krævet talrige indlæggelser og operationer inden for det seneste år. Drengen anvender kørestol og Petracycle til at transportere sig rundt. Dette er meget belastende for forældrene, der er skilt og hver har drengen i 7 dage ad gangen. Drengen har et familiemæssigt spinkelt netværk og har behov for en aflastningsfamilie, der kan give ham ro og samtidig kan stille op i akutte situationer.

Sag nr. 5

Sagen handler om en pige på 17 år, der har en dobbeltdiagnose; Aspergers Syndrom og ADD. Hun er altid hjemme, har ingen venner og har svært ved at knytte relationer til andre børn. Hun fungerer ikke i en almindelig klasse, da hun har svært ved at læse og skrive på dansk og engelsk. Pigen vurderes at have uddannelsespotentialer inden for de naturvidenskabelige fag. Pigen har behov for et specialiseret tilbud med viden om autisme. Hun har i øjeblikket ikke noget skoletilbud.

Respondenterne er i undersøgelsen blevet spurgt om, hvorvidt sagsmaterialet giver en tilstrækkelig beskrivelse af sagerne. Sag 1-3 vurderes at være mindre velbelyst end sag 4 og 5. Således vurderer omkring halvdelen i sag 1-3, at sagen er "mindre godt" beskrevet, mens de resterende vurderer det som "godt". Sag 4 og 5 vurderes af hovedparten at være godt belyst i sagsmaterialet – kun to respondenterne vurderer hver af disse sager som mindre godt beskrevet. I sag 1 efterlyses primært en mere indgående beskrivelse af situationen i hjemmet, mens der i sag 2 ønskes uddybende oplysninger om forskellige familieforhold, herunder storebroren, som er autist. I sag 3 efterlyses især barnets egen vurdering af situationen og ønsker vedrørende tiltag samt oplysninger om baggrunden for de seks år, hvor drengen har været anbragt uden for hjemmet. Der må således tages det forbehold for især vurderinger-

ne i sag 1-3, at ikke alle respondenter har følt sig tilstrækkeligt informeret til reelt at kunne tage stilling til sagen.

Som led i besvarelsen af vignetanalysen er respondenterne blevet bedt om at angive prisen på de foranstaltninger, barnet tilbydes. Det er imidlertid kun mellem 25 og 50 % (vekslende antal i de forskellige sager) af respondenterne, der har opgivet prisen i deres besvarelse. De sager, der angår kommunale dagtilbud og private dagskoletilbud, er dem, hvor flest har angivet priser, men også her mangler relativt mange at give svar. Derfor er de følgende beregninger baseret på prisoplysninger opgivet fra det centrale kontor i SOF (se Tabel 40 i bilag for en oversigt over de anvendte priser).

Resultater af vignetanalysen

Vignetanalysen tegner samlet set et billede af, at der er relativt store variationer på tværs af sagsbehandlerne i, hvilke afgørelser der træffes i de enkelte sager. Dette gør sig både gældende i spørgsmålet om, hvorvidt der overhovedet bevilliges støtte, om hvilken foranstaltning der bevilliges støtte til, og i hvilken omfang den pågældende foranstaltning bevilliges. En komplet oversigt over de foranstaltninger, som de ni sagsbehandlere har valgt, findes i Tabel 46 og Tabel 47 i bilag.

I de to sager, hvor der søges om aflastning (sag 1 og 4), er der relativt stor enighed om, at det er denne foranstaltning, som bevilliges, hvis der bevilliges en foranstaltning. Omvendt er det også i disse sager, der gives flest afslag – tre ud af otte sagsbehandlere i begge sager afviser at give familien aflastning. Også omfanget af timer bevilliget til aflastning varierer i begge sager, idet der bevilliges mellem 2 og 7 timer pr. måned i sagerne.

I de tre øvrige sager er der større variation i, hvilke foranstaltninger der tilbydes barnet:

- I sag nr. 2, som omhandler en psykisk ustabil pige med massive problemer med forældre og skole, foreslås ikke mindre end seks forskellige typer af tiltag: Heldagsklasse, privat dagskoletilbud, familiebehandling, praktisk eller pædagogisk støtte i hjemmet, familiebehandling og efterskoleophold. Omkostningerne varierer, så det dyreste tilbud på kr. 218.821 er 75 % højere end den gennemsnitlige pris for de foreslåede foranstaltninger. Også omfanget inden for de enkelte ydelser varierer en del, idet fx praktisk og pædagogisk støtte i hjemmet gives i hhv. 6, 12 og 20 timer om måneden.
- I sag nr. 3, hvor der søges en specialefterskole til en dreng med Aspergers Syndrom, foreslår to sagsbehandlere en fast kontaktperson som alternativ til det efterskoleophold, der søges om i sagen, mens tre sagsbehandlere vælger at bevillige støtte til det ønskede ophold. Blandt de tre, som foreslår støtte til efterskoleophold, er der to, der giver økonomisk bidrag efter § 52, stk. 4,

mens en foreslår at efterskoleopholdet finansieres efter § 52, stk. 3 som en anbringelse. Dette betyder økonomisk en betragtelig forskel – fra kr. 18.086 til kr. 173.000. Tre afviser, at der skal iværksættes nogle foranstaltninger i sagen. Samlet set betyder forslaget om et efterskoleophold finansieret som anbringelse, at det dyreste løsningsforslag er 330 % dyrere end gennemsnittet.

- I sag nr. 5 om en pige med ADD og Aspergers Syndrom med behov for et specialiseret undervisningstilbud, tilkender fire ud af de otte sagsbehandlere dette (i form af enten kommunalt dagtilbud eller privat dagskoletilbud), mens to foreslår kontaktperson/personlig rådgiver som alternativ løsning. To af respondenterne mener ikke, at der gives noget tilbud til pigen. Idet kommunalt dagtilbud er en meget dyr løsning, er det dyreste tilbud hele 290 % dyrere end den gennemsnitlige foreslåede foranstaltning.

Alt i alt er indtrykket således, at de samme sager kan give anledning til ret forskelligartede vurderinger afhængigt af den enkelte sagsbehandler, og at der også kan være vide variationer i omfanget af de enkelte ydelser, der tildeles.

Sammenholdes sagsbehandlerne besvarelser med deres erfaring på området, ses der en tendens til, at de *mest erfarne* sagsbehandlere hyppigere afslår at bevillige en foranstaltning end de, som har mindre erfaring på området. Generelt bevilliger de erfarne sagsbehandlere således også gennemsnitligt foranstaltninger for en lavere sum end de mere uerfarne. Dette illustreres i tabellen nedenfor.

Tablet 23: Oversigt over priser for visiterede tilbud og sagsbehandlerne erfaring

Samlet pris for tilbud 1,2,4,5	Erfaring med børnehandicapområdet ⁷
985.545	under 2 år
543.184	under 2 år
471.770	under 2 år
372.949	under 2 år
259.728	6 år eller derover
206.000	6 år eller derover
203.810	6 år eller derover
133.682	under 2 år

Således fremgår det, at tre ud af de fire, som har angivet de billigste løsninger, har mere end 6 års erfaring i Københavns Kommune og med børnehandicapområdet. Omvendt har de fire, som har angivet de dyreste løsninger, kun beskæftiget sig med området i 2 år eller derunder.

⁷ Respondenterne er i spørgeskemaet blevet bedt om at angive deres erfaring med mere præcise intervaller, men da de er lovet anonymitet i undersøgelsen, gengives resultaterne her i bredere kategorier for at undgå genkendelse.

Vignetanalysen vidner altså om, at sagsbehandlere med kortere erfaring ikke er lige så restriktive i deres tildeling af ydelser. Det kan være et tegn på, at de ikke er så godt bekendt med kommunens praksis for, hvornår der tilbydes hvilke foranstaltninger. Endvidere kan det vidne om, at de ikke har tilstrækkeligt kendskab til, hvilke alternative – og billigere – løsninger der kan afprøves, før de dyrere foranstaltninger sættes i værk.

Det er dog også vigtigt at holde sig for øje, at de mindre erfarne sagsbehandlere typisk vil drøfte sagen med de mere erfarne, før der træffes beslutning, og at der derfor i praksis ikke nødvendigvis vil være den forskel på afgørelserne, som vignetanalysen har afdækket.

5.3.2 Vignetanalyse af tildelingen af hjemmehjælp til handicappede

Boks 11: Konklusioner fra vignetanalysen på hjemmeplejeområdet

- Vignetanalysen på handicaphjemmeplejeområdet viser, at der blandt de 11 medarbejdere, som har deltaget i undersøgelsen, viser en vis spredning i, hvor stort omfang af hjemmepleje der tildeles i de fire undersøgte sager.
- De samlede udgifter for de fire sager i den dyreste løsning er 20 % dyrere end den gennemsnitlige løsning. Inden for de enkelte sager er den dyreste løsning mellem 16 og 43 % dyrere end gennemsnittet.
- Det er især varigheden af de enkelte ydelser, der er variation på. Hyppigheden af ydelserne er visitatorerne gennemgående ret enige om.
- De visitatorer, som tilkender de dyreste løsninger, er dem med kortest erfaring inden for hjemmeplejevisitation.
- Visitatorerne på hjemmeplejeområdet er generelt velinformerede om priserne for de visiterede ydelser.

Vignetanalysen på hjemmeplejeområdet omfatter fem forskellige sager. Det sagsmateriale, der er stillet til rådighed fra SOF på hjemmeplejeområdet, er skemaer for tildeling af hjemmepleje til handicappede borgere.

Sagerne omfatter en kort beskrivelse af borgerens muligheder for rehabilitering beskrevet ud fra borgerens helbredstilstand, ressourcer, netværk og hjælpemidler. Af skemaet fremgår endvidere en funktionsvurdering af borgeren i forhold til, hvilke plejeopgaver borgeren behøver hjælp til, såsom ernæring, rengøring, toiletbesøg etc. Plejeopgaver involverer også den psykiske pleje og omsorg. I de sager, som er anvendt i vignetanalysen, er angivelsen af, hvilke opgaver borgeren skal have hjælp til, bevaret i skemaet. Deltagerne i analysen har således udelukkende skulle tage stilling til, hvor ofte og i hvilket omfang borgeren skulle have tildelt de enkelte ydelser.

De konkrete sager omhandler borgere, der er i alderen 54 til 68 år, som har nedsat funktionsevne på grund af sygdom og/eller smerter i kroppen. Tre ud af de fem af

borgerne har diabetes. Flere af dem har derudover tidligere været involveret i ulykker, herunder trafikulykker, brandulykker og overfald. Det er forskelligt om borgerne har noget netværk. Borgerne har typisk behov for hjælp til at klare personlig hygiejne, af- og påklædning, medicinindtagelse, madlavning og rengøring. De fleste har brug for varig hjælp både dag og aften samt hjælp til at skabe trykthed i hverdagen.

Vignetanalysen er udsendt til samtlige medarbejdere fra handicapteamet i hjemmeplejevisitationen – heraf har 11 ud af 12 svaret.

Omkostningerne ved de fiktive visitationer i de enkelte sager er beregnet ud fra timepriser oplyst fra SOF (se Tabel 41 i bilag). Der skelnes således mellem priser for praktisk hjælp, personlige pleje i dagtimer og personlig pleje aften og weekend.

I de følgende oversigter medtages kun beregninger for sag 1-4, hvilket skyldes, at de deltagende sagsbehandlere generelt har givet udtryk for, at sag 5 var for dårligt beskrevet til, at der kunne udmåles ydelser på den baggrund. Rambøll Managements vurdering er, at det kan skade analysens pålidelighed at medtage de besvarelser, der er indkommet i relation til denne sag.

Generelt er det tilbagemeldingen fra respondenterne på hjemmeplejeområdet, at sagerne ikke er tilstrækkeligt belyst i det fremsendte materiale. Dette gælder ud over sag nr. 5 især for sag nr. 3 og 4. Tildelingen af hjemmepleje vil normalt i høj grad være baseret på visitatorens besøg hjemme hos borgeren, og beskrivelsen i sagsmaterialet er derfor reelt ikke tilstrækkeligt til, at visitatorerne kan foretage en fyldestgørende vurdering. Det må således forventes, at der er en relativt stor usikkerhedsmargin for visitatorernes vurdering.

Visitatorerne er som del af vignetanalysen blevet bedt angive *prisen* for de visiterede ydelser. Der er enkelte visitatorer, som ikke har været i stand til at angive pris, men i hovedparten af tilfældene har det angivne prisestimat vist sig at stemme godt overens med de beregninger, Rambøll Management har foretaget. Dette fremgår af tabellen nedenfor, som giver et overblik over de gennemsnitlige priser beregnet af hhv. visitatorerne og Rambøll Management.

Tabel 24: Oversigt over beregnede gennemsnitlige udgifter pr. år

	Sag 1	Sag 2	Sag 3	Sag 4
Gennemsnit – visitatorers beregninger* (kr./år)	191.267	193.544	417.826	31.426
Gennemsnit – Rambøll Managements beregninger (kr./år)	179.608	183.507	573.176	27.305

* De angivne tal omfatter kun priser angivet af ni visitatorer, da de øvrige enten ikke har angivet priser eller har angivet priser som fremstår meget fejlagtige.

Generelt er det således indtrykket, af hjemmeplejevisitatorerne er godt bekendt med priserne for de ydelser, de visiterer til. Der er dog flere af visitatorerne, som systematisk har en tendens til enten at over- eller underestimere udgifterne ved de visite-

rede ydelser, og da det samtidig ikke er alle 11, som har angivet prisestimer, er de følgende opgørelser baseret på Rambøll Managements udregning af omkostningerne ved de visiterede ydelser – med udgangspunkt i takster opgivet fra SOF.

Resultater af vignetanalysen

Tabellen nedenfor giver et overblik over variationen i de 11 sagsbehandleres visitationer, når de samlede udgifter for hjemmehjælp i de fire sager lægges sammen samt udgifterne i de enkelte sager.

Tablet 25: Årlige udgifter pr. sagsbehandler, pr. sag og samlet

Sagsbehandlere	Sag 1	Sag 2	Sag 3	Sag 4	I alt
1	163.336	207.710	761.520	22.880	1.155.446
2	232.758	268.974	567.116	27.612	1.096.460
3	183.835	159.064	667.732	31.668	1.042.299
4	176.962	186.160	631.250	29.640	1.024.011
5	162.367	186.196	656.071	<u>18.824</u>	1.023.458
6	258.190	174.347	541.485	31.668	1.005.690
7	163.807	221.862	538.161	25.584	949.414
8	<u>137.853</u>	165.824	571.198	29.640	904.515
9	183.877	150.029	458.397	27.612	819.915
10	147.012	175.058	469.972	23.556	815.598
11	165.691	<u>123.353</u>	<u>442.030</u>	31.668	<u>762.742</u>
Gennemsnit	179.608	183.507	573.176	27.305	963.595
Median	165.691	175.058	567.116	27.612	1.005.690
Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit	43 %	46 %	33 %	16 %	20 %

For hver kolonne er det laveste beløb understreget, mens det højeste beløb er markeret med **fed**.

Tabellen viser, at der er en relativt stor spredning i de 11 visitorers tildeling af ydelser, når udgifterne for de fire sager lægges sammen. Den visitor, som samlet set har visiteret for det laveste beløb, rammer i underkanten af kr. 800.000 pr. år, mens den dyreste løsning beløber sig til knap kr. 1.200.000 pr. år – dvs. cirka 50 % mere. Idet gennemsnittet ligger på kr. 963.595, ligger prisen på den dyreste løsning cirka 20 % over den gennemsnitlige pris.

Opdeles de ovenstående tal på de enkelte sager, viser det sig, at variationen er endnu større inden for de enkelte sager. Tallene i tabellen ovenfor viser, at forskellen mellem de dyreste løsninger og gennemsnitlige priser ligger på mellem 16 og 46 % – det vil sige, at det højeste beløb er mellem 16 og 46 % højere end gennemsnittet. Sammenlignes den billigste og den dyreste løsning, er forskellen mellem 68 og 118 %. Der er således ret markante variationer i udgifterne i de visitationer, sagsbehandlerne har foretaget i de enkelte sager.

Det at variationen inden for de enkelte sager er større end den samlede variation, afspejler, at det ikke systematisk er de samme visitorer, der visiterer henholdsvis

dyrt og billigt. Der ses dog en vis tendens til, at nogle visitatorer generelt ligger højt, mens andre generelt ligger lavt. Dette er forsøgt tydeliggjort i tabellen ovenfor, hvor de højeste beløb er markeret med fed og de laveste beløb er understreget. Tendensen til, at nogle visitatorer generelt ligger henholdsvis højt eller lavt, indikerer, at de fundne variationer ikke blot er tilfældige udsving, men at der reelt er forskelle i visitatorernes opfattelse af, hvilket serviceniveau kommunen tilbyder.

En analyse af besvarelserne viser, at variationen først og fremmest fremkommer ved, at visitatorerne udmåler forskellig *varighed* for de forskellige ydelser. Der kan således være relativt stor forskel på, hvor lang tid der afsættes til fx bad, rengøring og tøjvask. Der er mindre variation i forhold til, hvor *hyppigt* ydelserne tildeles. På langt de fleste ydelser er visitatorerne enige om, med hvilken hyppighed ydelsen skal gives, og der ser således ud til at være en vis fælles forståelse af praksis på dette område.

En nærmere analyse viser en vis sammenhæng mellem respondenternes erfaring med hjemmeplejevisitation og omfanget af de ydelser, de tildeler. Således har de tre visitatorer, som har visiteret for det *højeste* beløb, alle mindre end 1 års erfaring med dette område – og omvendt har de fire, som har visiteret for det *laveste* beløb, alle mere end 3 års erfaring med området. Derimod ses der ikke nogen klar sammenhæng med, hvor længe visitatorerne har arbejdet i Københavns Kommune eller med deres faglige baggrund. Den fundne sammenhæng kan indikere, at nye visitatorer ikke er bekendt med, hvilket niveau for ydelserne der er det normale i kommunen, og at der således kan være brug for en højere grad af vejledning og instruktion til nye hjemmeplejevisitatorer.⁸ Dette er man allerede bevidst om i SOF, hvor der er planer om at gøre en indsats for i højere grad at standardisere hjemmeplejevisitationen for handicappede.

⁸ De tabeller, der viser disse sammenhænge, vises ikke i rapporten, idet respondenterne er lovet fuld anonymitet og de pågældende tabeller ville gøre det relativt nemt at identificere de enkelte respondenter.

6. Styringsanalyse

I dette afsnit gennemgås resultaterne af den styringsanalyse, der er foretaget i forbindelse med projektet. Analysen er primært baseret på interviews med centrale og decentrale ansvarlige for de udvalgte områder – både i forhold til økonomi og faglig styring af områderne. I alle gennemførte interviews er der blevet spurgt til områdets organisering, visitationspraksis og økonomisk styring. Konklusionerne er derfor primært baseret på de udvalgte respondenters opfattelser af områderne, da der ikke er foretaget egentlige dokumentanalyser og lign. af økonomistyringsmodeller, kvalitetsstandarder og lignende.

I Boks 13 og Boks 17 længere nede i kapitlet ses en oversigt over interviewpersoner.

Hvert afsnit indledes med en kort beskrivelse af organiseringen på området, hvorefter visitationspraksis og økonomistyring gennemgås. Hvert enkelt afsnit afsluttes med Rambøll Managements vurdering af styringen på området. Generelt er udgangspunktet for anbefalingerne god økonomistyringspraksis – som anbefalet af KL og Finansministeriet.

Boks 12: Hovedkonklusioner i styringsanalysen

- Styringsanalysen peger på en række problemstillinger i forhold til styringen i både SOF og BUF. De mest gennemgående problemstillinger er iflg. interviewpersonerne manglende redskaber og kompetencer til økonomistyringen decentralt.
- Rambøll Management vurderer, at der på en række områder mangler klarhed over styringsrelationerne og budgetansvaret. Det vurderes ligeledes, at de decentrale niveauer ikke i alle tilfælde er "klædt på" til at sikre en samlet budgetoverholdelse, og de nuværende opdelinger med et delt budgetansvar mellem den centrale og decentrale forvaltning kan skabe u hensigtsmæssige incitamenter.
- I Socialforvaltningen har områderne i perioden 2004-2007 været præget af en meget decentral visitation, hvilket iflg. interviewpersonerne har ført til en u hensigtsmæssig styring og manglende overblik over udgiftsudviklingen. Fra 2007 har man samlet visitationen på alle områder på færre enheder, ligesom man arbejder på at forbedre styringsredskaber og kompetencer til økonomistyring.
- I Børne- og ungdomsforvaltningen er udviklingen gået mod mere decentralisering – med mere økonomisk og fagligt ansvar til de otte decentrale distrikter fra midten af 2007. Ifølge interviewpersonerne har dette ført til visse styringsmæssige vanskeligheder, da de lokale distrikter ikke altid har de nødvendige redskaber og kompetencer til en effektiv økonomistyring. Dog arbejdes der løbende med at klargøre rollefordelingen og sikre bedre økonomistyring decentralt.

Styringsanalysen skal dog tages med følgende forbehold:

- En række af de omlægnings der er sket, er relativt nye. Det er derfor vanskeligt at vurdere konsekvenserne af de omlægnings, der er foretaget
- Der er ikke foretaget en komplet vurdering af it-systemer, styringsredskaber eller kvalitetsstandarder på området, da analysen primært er baseret på tilsendt materiale og interviews.

I de to nedenstående tabeller ses en oversigt over budget- og visitationsansvaret på de enkelte delområder:

Tabel 26: Budget- og visitationsansvar for de enkelte områder under SOF

Område	Indsats(er)	Budgetansvar	Visitationsansvar
<i>Hjemmeplejen</i>	Alle	Visitationschef (central visitationsenhed)	De enkelte sagsbehandlere (central visitationsenhed)
<i>Hjælpeområdene</i>	Alle	Voksenteamchef (decentrale handicapcentre)	De enkelte sagsbehandlere sammen med socialfaglig koordinator (decentrale handicapcentre)
<i>Børnehandicapområdet</i>	Forebyggende foranstaltninger	Voksenteamchef (decentrale handicapcentre)	De enkelte sagsbehandlere (decentrale handicapcentre)
	Anbringelse eller aflastning uden for hjemmet	Kontorchef for MR handicap	Visitor i handicap MR (SOF)

Tabel 27: Budget- og visitationsansvar for de enkelte områder under BUF

Område	Indsats	Budgetansvar	Visitationsansvar
<i>Skoleområdet</i>	Niveau 1+2	Distriktschef. Evt. i praksis uddelegeret til PPR-leder.	De lokale visitationsudvalg i distrikterne
	Niveau 3	Støtte, Rådgivning og Sundhed i BUF	De(t) centrale visitationsudvalg i Støtte, Rådgivning og Sundhed (BUF)
<i>Småbørnsområdet</i>	Niveau 1	Distriktschef	De lokale visitationsudvalg i distrikterne
	Niveau 2+3	Støtte, Rådgivning og Sundhed i BUF	De(t) centrale visitationsudvalg i Støtte, Rådgivning og Sundhed (BUF)
<i>Specialfritidshjem og specialklubber</i>	Niveau 1+2	Distriktschef	De lokale visitationsudvalg i distrikterne
	Niveau 3	Støtte, Rådgivning og Sundhed i BUF	De(t) centrale visitationsudvalg i Støtte, Rådgivning og Sundhed (BUF)

6.1 Styringsanalyse af Socialforvaltningen

I dette afsnit gennemgås erfaringerne fra de gennemførte interviews vedr. økonomistyring og organisering på socialområdet. Området afrapporteres særskilt for hen-

holdsvis hjemmehjælp, hjælpemidler og børnehandicap, da de tre områder er organiseret forskelligt i kommunen.

Boks 13: Oversigt over interviewpersoner i SOF

- Hjemmeplejeområdet
 - Svend Magnus Svendsen, Visitationschef for hjemmeplejevisitationen
 - Terese Pelle, leder af central projektenhed for hjemmepleje
- Hjælpemiddelområdet
 - Lisbeth Jeritslev, Voksenteamchef, handicapcenter Vest
 - Birgit Elkan, Socialfaglig koordinator, handicapcenter Øst
 - Knud Erik Pedersen, Voksenteamchef (konstitueret), handicapcenter Nord
 - Poul Aggerholm, Fuldmægtig i mål- og rammekontoret for handicappede (centralt ansvarlig for hjælpemiddelområdet)
- Børnehandicapområdet
 - Merete Lefeldt, Børneteamchef, handicapcenter Øst
 - Mette Fog, Central visitator i mål- og rammekontoret for handicappede (børneområdet)
 - Allan Gamstrøm, Økonomisk koordinator i mål- og rammekontoret for handicappede

6.1.1 Hjemmeplejeområdet

Organisering

Hjemmehjælpsområdet i Københavns Kommune er delt mellem Sundhedsforvaltningen og Socialforvaltningen. Socialforvaltningen har ansvaret for handicappede og psykisk syge borgere, mens Sundhedsforvaltningen har ansvaret for ældre borgere (over 65 år) og borgere med kroniske sygdomme og lidelser.

Området er opdelt mellem en central visitation, der har ansvaret for personlig og praktisk hjælp (SEL § 83), selvvalgt hjælper (§ 94), aflastning og afløsning (§ 84), genoptræning og vedligeholdelsestræning (§ 86 stk. 1, 2) til borgere med handicap og psykiske lidelser. Det er også centralt, at kontante ydelser udbetales (SEL § 95, stk. 1, 2) mens handicaphjælperordningen (§ 96) og socialpædagogiske støtte (SEL § 85) tildeles decentralt i handicapcentre.

Hjemmeplejeområdet var indtil 1. januar 2007 placeret decentralt i kommunens socialcentres administrative enheder (psykisk syge) og handicapcentre. Efter første januar er visitationen samlet i et centralt visitationsteam, ledet af en central visitator. Endvidere er udførerenheden samlet i en udførerorganisation med en udførerchef. I centralforvaltningen er der endvidere sket en samling af ansvaret for hjemmeplejen, idet det tidligere var delt på to direktører og to kontorchefer. Ansvaret for hjemmeplejen er forankret hos en direktør i SOF og lederen af den centrale projektenhed for hjemmepleje i SOF.

Visitationspraksis

Visitationen til hjemmehjælp foregår typisk på den måde, at der kommer en henvendelse fra et hospital, eller fra et voksenteam i et socialcenter eller et handicapcenter til den centrale visitationsenhed, hvor der er behov for hjemmehjælp. Dog kan personer også henvende sig direkte med ønske om at få tildelt hjemmehjælp.

Ved en ny sag gives sagen til en sagsbehandler i den centrale visitationsenhed, der foretager et hjemmebesøg og foretager en funktionsevnevurdering af borgeren (efter Fælles Sprog 1). Herefter visiteres borgeren efter kommunens kvalitetsstandard til de ydelser, der skønnes relevante. Det er altså primært den enkelte sagsbehandler der har visitationsansvaret i alle sager, men ofte drøftes sagerne med kollegaer. Hvis borgeren ikke har en tilstrækkelig funktionsnedsættelse gives der afslag.

Før 2007 foregik visitationen i henholdsvis de administrative enheder i socialcentrene og de administrative enheder i handicapcentrene.

Økonomistyring

Københavns Kommunes økonomistyring på hjemmehjælpsområdet var indtil 2007 opdelt på de 15 decentrale enheder, der visiterede til hjemmepleje.

Fra 1. januar 2007 har man samlet visitationen, og har derigennem haft mulighed for lettere at følge udviklingen og foretage en hensigtsmæssig økonomistyring. Københavns Kommune har ikke et fagsystem på hjemmehjælpsområdet i Socialforvaltningen. Socialforvaltningen har pt. 2 systemer vedr. hjemmepleje. Det ene er visitationssystemet, som er et sagsbehandlingssystem uden mulighed for at producere statistik. Det visitationssystem, der registreres i, hænger derfor ikke direkte sammen med de afregninger der sendes til udførerenhederne. Endvidere anvender Socialforvaltningen TOP, som er et vagt- og planlægningssystem. Interviewpersonerne giver endvidere udtryk for, at begge systemer rummer en række yderligere uheldigheder, da der er tale om relativt gamle it-systemer. Som eksempel kan nævnes, at det ikke er muligt at passivere sager i systemet, da der ikke er automatiske valideringer, og da oplysningerne ikke direkte kan integreres med oplysninger fra økonomisystemet. Socialforvaltningen er dog i øjeblikket ved at anskaffe sig et nyt it-system.

Københavns Kommune foretager månedlige budgetopfølgninger på hjemmehjælpsområdet. Der styres overordnet set på en samlet budgetramme. Budgettet er ikke nedbrudt på de enkelte delområder, så det direkte kan anvendes som et styringsredskab.

Interviewpersoner har angivet, at Københavns Kommune har haft vanskeligheder med præcist at opgøre antallet af modtagere af hjemmehjælp, pga. manglende it-understøttelse. Registreringen af visiterede timer har været pålagt udførerenhederne, og det har derfor været vanskeligt at få et præcist overblik over visiterede timer. Kommunen har derfor gennemført en manuel optælling af sagerne for at sikre sig et

mere præcist overblik, og man er pt. i gang med at anskaffe sig et fagsystem, hvor registreringerne kan foretages fremadrettet.

Samtidig har opgørelser vist, at der er forskelle mellem visiterede og leverede timer på omkring 15 %, altså at der kun leveres omkring 85 % af de timer, som borgerne er visiteret til.

Interviewpersonerne peger derfor på, at budgetopfølgningen primært har været vanskeliggjort af, at det har været svært at danne sig et overblik over antallet af sager og disse sagers omfang. Dette har resulteret i usikre prognoser og manglende økonomisk overblik gennem året.

Rambøll Managements vurdering

Ud fra de gennemførte interviews og det tilsendte materiale vurderer Rambøll Management, at økonomistyringen på hjemmehjælpsområdet har været mangelfuld i perioden fra 2004-2007. Kommunen har i 2007 samlet visitationen, hvilket vurderes hensigtsmæssigt, men havde fortsat i 2007 vanskeligheder med bl.a. datakvalitet, og manglende ensartethed i visitationspraksis.

Rambøll Management vurderer, at det var en uhensigtsmæssig konstruktion at have delt hjemmehjælpsområdet i 15 enheder over hele byen – både på bestiller- og udførersiden. Generelt kan opsplittningen i mange mindre enheder skabe mindre effektiv drift (på udførersiden) og mindre faglighed i visitationen, hvilket kan medføre et varieret serviceniveau og måske tendens til "overkompensation" i visse tilfælde. Samtidig må det formodes, at de 15 enheder ikke har haft de nødvendige økonomistyringskompetencer til at foretage en løbende budgetopfølgning og udarbejde realistiske prognoser.

Baseret på forskellene i vignetanalysen er der noget der tyder på, at brugen af kvalitetsstandarder ikke sikrer et ensartet niveau. Dette kan dels skyldes manglende implementering af kvalitetsstandarderne eller uklarheder i kvalitetsstandarderne. Endelig skal det bemærkes, at undersøgelsesmetoden sandsynligvis overvurderer forskellene mellem sagsbehandlere en smule.

Rambøll Management vurderer, at de initiativer der er taget i Socialforvaltningen på hjemmehjælpsområdet er hensigtsmæssige i forhold til at forbedre økonomistyringen og sikre et ensartet serviceniveau. Samtidig vurderer Rambøll Management også, at økonomistyringen i perioden 2004-2007 har indeholdt uhensigtsmæssigheder, ligesom 2007 har været et overgangså, hvor der fortsat har været fokus på genopretning. Det må derfor forventes, at en mere effektiv økonomistyring, en klarere organisering og et forbedret datagrundlag vil kunne medføre en mere effektiv drift på området fremadrettet. Dette skønnes både at vedrøre bestiller- og udførersiden. Hvorvidt initiativerne er tilstrækkelige til at sikre budgetoverholdelse er vanskeligt at vurdere, da usikkerhederne i data gør det svært at vurdere de reelle plejebehov i målgruppen.

Generelt anbefaler Rambøll Management følgende vedr. hjemmeplejeområdet:

- Der bør anskaffes nye it-systemer, som kan give et systematisk overblik over aktivitet og udgifter. Samtidig bør der sættes fokus på hurtigst muligt at etablere valide data for aktivitet og forbrug.
- Der bør ske en tydeligere kobling mellem kvalitetsstandarder og budgettet. I øjeblikket er budgettet ikke nedbrudt efter "pris gange mængde"-baseret på kvalitetsstandarden. Derfor kan kvalitetsstandarderne ikke direkte bruges til budgetstyring, og det er usikkert om konsekvent brug den nuværende kvalitetsstandard kan rummes inden for det nuværende budget.
- Der bør fortsat arbejdes på at sikre en ensretning af visitationen på tværs af sagsbehandlerne. Særligt bør der sikres procedurer for kollegial sparring af nye visitatorer, da vignetanalysen peger på, at disse visiterer til et højere niveau end mere erfarne visitatorer.

6.1.2 Hjælpemiddelområdet

Organisering

Hjælpemiddelområdet i Københavns Kommune er forankret i to forvaltninger, Socialforvaltningen og Sundhedsforvaltningen. Borgere under 65 år med behov for hjælpemidler hører administrativt under Socialforvaltningen, mens ældre borgere hører under Sundhedsforvaltningen.

Området visiteres decentralt, idet sagsbehandlerne i handicapcentre har den fulde kompetence til at visitere hjælpemidler til borgerne (SEL § 112-117). Ydelserne der visiteres inden for området er hjælpemidler, forbrugsgoder, invalidebiler, befordringstilskud samt boligændringer. Hjælpemidler opdeles typisk i to hovedgrupper: Personlige hjælpemidler (også kaldet kropsbårne) og tekniske hjælpemidler.

Hjælpemiddelområdet blev pr. 1. januar 2007 samlet decentralt i handicapcentre, hvor området førhen var delt mellem handicapcentre og socialcentre. Visitationen af hjælpemidler varetages af et team bestående af socialrådgivere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Teamet ledes af en fagkoordinator og teamchefen.

Pr. 1.4.2008 samles de fire handicapcentre i én enhed. Fremover vil hjælpemiddelområdet derfor organisatorisk bestå af en samlet decentral enhed og den centrale administrative enhed i forvaltningen.

Visitationspraksis

Den typiske ansøgningsproces for hjælpemidler starter ved en henvendelse fra borgeren selv, der enten kan henvende sig direkte i centret eller udfylde et skema på internettet. Oftest har borgeren dog været i kontakt med egen læge, speciallæge, optiker eller en interesseorganisation som eksempelvis Blindeinstituttet forud for henvendelsen.

Når en borger ansøger om et hjælpemiddel, registreres sagen først i en database, hvorefter den bliver givet til en sagsbehandler. Sagsbehandleren udreder sagen på

baggrund af hjemmebesøg, afprøvning af forskellige hjælpemidler samt udtalelser/erklæringer fra fagprofessionelle. Det er borgerens funktionsnedsættelse, der er afgørende for tildelingen af hjælpemidler, ikke diagnosen. Når sagen er udredt, gives der enten et afslag, eller hvis det skønnes at borgeren er berettiget til hjælpemidlet, så indtaster sagsbehandleren en bestilling i HMS-systemet, hvorefter borgeren får besked om den anslåede ventetid for hjælpemidlet.

Ifølge interviewpersonerne foreligger der ikke nedskrevne kvalitetsstandarder eller faste principper for visitation på hjælpemiddelområdet med undtagelse af enkelte lokale retningslinjer, der dog ikke bruges systematisk. Derfor beror visitationsafgørelsen på et individuelt skøn, der dog i tvivlsager er vendt med teamet, den socialfaglige koordinator eller teamchefen.

Interviewpersonerne efterlyser en generel vejledning for visitering af hjælpemidler, der er tilpasset og opdateret Socialforvaltningens målgruppe. Især inden for de tekniske hjælpemidler sker der en stor udvikling, og borgere under 65 år efterspørger andre ydelser end de ældre borgere, hvilket gør Sundhedsforvaltningens system dårligt egnet som redskab for sagsbehandlerne i handicapcentre.

Økonomistyring

Københavns Kommunes økonomistyring på hjælpemiddelområdet er decentralt forankret i de fire handicapcentre. Ansvar for budgettet ligger hos voksenteamchefen, mens den faglige koordinator holder tråd i visiterede ydelser og omkostninger i den daglige drift i de centre, hvor en sådan er tilknyttet grupperne af sagsbehandlere. Økonomiopgaverne varetages af en økonomimedarbejder, der er del i den administrative enhed i centret.

Budgettet for hjælpemiddelområdet styres centralt fra forvaltningen og fordeles på baggrund af en regressionsmodel, der baseres på antallet af førtidspensionister og nye boliger. Denne fordelingsmodel vil dog blive uvæsentlig når centrene samles. Budgettet er fordelt på to rammer: Handicapbiler og andre hjælpemidler. Der foretages pt. ikke en større nedbrydning af budgettet.

Interviewpersonerne angiver, at budgetopfølgningen ikke har været systematisk i handicapcentre, da de udmeldte budgetter ikke har været opsplittet nok til, at man har kunnet styre efter dem. Normalt skal der følges op på budgettet en gang om måneden, men grundet manglende økonomiske kompetencer i de decentrale enheder har det været gjort kvartalvist. Der udarbejdes prognoser for handicapbilområdet, hvor alle fire centre registrerer i samme database. Interviewpersonerne angiver, at der for de andre områder mangler styringsredskaber, da den nuværende ledelsesinformation i it-systemerne ikke giver mulighed for det nødvendige samlede overblik. Interviewpersonerne beretter, at man grundet de manglende data har beregnet udgiftsudviklingen ud fra regninger, hvilket kan være u hensigtsmæssigt, idet udgiften først registreres, når regningen modtages. Ydermere sender leverandørerne ofte samleregninger, hvor udgiften til de enkelte hjælpemidler ikke er specificeret, hvilket gør det svært at nedbryde forbruget.

Med hensyn til økonomistyringen udtrykker interviewpersonerne, at den nuværende budgetfordelingsmodel har medført en skæv fordeling af midler til de fire enheder. Samlingen af enhederne vil naturligt afhjælpe problemet med skæve fordelinger mellem de decentrale enheder. Der gives også udtryk for, at der har manglet styringsværktøjer for ledelsen i handicapcentrene, hvilket har betydet uens og inkonsistent økonomistyring. Den centrale forvaltning har bekendtgjort, at et nyt system er undervejs, hvilket vil muliggøre højere grad af styring.

Et nyt system til bestilling af hjælpemidler med bedre styringsværktøjer for ledelsen er ligeledes under udarbejdelse i Sundhedsforvaltningen. Systemet skal afløse det nuværende HMS-system fra Hjælpemiddelcentralen. Det nye system vil rumme mulighed for at se prisen på det bestilte hjælpemiddel for sagsbehandleren, mens ledelsen kan budgettere med visiterede hjælpemidler før regningen modtages.

Bevidstheden hos sagsbehandlerne omkring økonomiske konsekvenser af den daglige visitation vurderes umiddelbart som god af de interviewede ledere. Sagsbehandlerne opdateres med viden om priser fra møder med ledelsen og selvstændige søgninger på internettet. Den økonomiske viden kommer med erfaringen, hvorfor den kan mangle hos uerfarent personale. Flere interviewpersoner giver samtidig udtryk for, at sagspres er en medvirkende årsag til, at økonomien kan skride, idet sagerne ofte ikke bliver undersøgt grundigt nok.

Rambøll Managements vurdering

Rambøll Management vurderer, at sammenlægningen af handicapcentrene til én samlet decentral enhed kan skabe basis for forbedringer af organisering, visitationspraksis og økonomistyring af hjælpemiddelområdet i Københavns Kommune. Først og fremmest vurderes det af interviewpersonerne, at organiseringen i fire enheder har ført til forskelle og uligheder i visitationspraksis, da sagsbehandlerne har manglet værktøjer og nedskrevne standarder til at støtte sig op ad i visitationen af hjælpemidler.

Det vurderes i forlængelse heraf, at særligt nye sagsbehandlere har brug for nedskrevne standarder og vejledning i visitationen. Manglen på disse har efter interviewpersonernes skøn medført større udsving i serviceniveau i centre med stor andel af nyansatte. Tilmed vil samlingen af centrene betyde en større koncentration af faglige ressourcer, hvilket ifølge interviewpersonerne vil formindske risikoen for tvivlsomme afgørelser i gråzone-sager.

Rambøll Management vurderer, at der i de decentrale enheder mangler kompetencer og redskaber til at foretage en effektiv økonomistyring.

Rambøll Management vurderer ligeledes, at der inden for hjælpemiddelområdet i Københavns Kommune er et potentiale for forbedret økonomistyring i opdateringen af it-systemer. Kommunen arbejder på nuværende tidspunkt med problemet, og nye systemer er undervejs. Hjælpemiddelområdet er kendetegnet ved, at registrering af

sager, bestilling af hjælpemidler og budgetopfølgning foregår i forskellige systemer. Derfor vil et fremtidigt integreret it-system være et vigtigt værktøj til bedre økonomistyring.

Boks 14: Eksempel på god styring

På Handicapcenter Øst er der ansat en erfaren socialfaglig koordinator for hjælpemiddelområdet, hvis primære ansvar er at styre visitationen og administrere en database med sagerne. Koordinatoren understreger sin rolle i at sikre et fælles niveau for visitationen: "To sager er aldrig ens. Principperne bliver skabt, når en sag diskuteres". En erfaren koordinator kan især give støtte til de mindre erfarne sagsbehandlere, men også sikre, at der lægges et nogenlunde ens niveau for visitationen i de enkelte grupper under teamene. Dette medfører samtidig bedre betingelser for god økonomistyring, da udgiftsudviklingen ikke forandrer sig mærkbart over korte perioder grundet medarbejderudskiftning eller andre uregelmæssigheder.

6.1.3 **Børnehandicapområdet**

Organisering

Socialforvaltningen i Københavns Kommune har alle børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne i alderen 0-23 år som målgruppe. Der er en snitflade inden for området med Børne- og Ungeforvaltningen, der varetager opgaverne vedrørende specialdaginstitutioner og specialklubber (SEL §§ 32 og 36), samt specialundervisning (FLS § 20, stk. 2).

Ydelserne til målgruppen er forebyggende foranstaltninger, døgnpleje og døgninstitutioner for børn og unge i alderen 0-17 år, samt efterværn for unge fra 18-23 år. Forebyggende foranstaltninger visiteres i handicapcentret, mens anbringelse eller aflastning uden for hjemmet skal visiteres i Mål- og Rammekontoret for Handicap. Denne arbejdsdeling blev indført i 2002 grundet tidligere uorden i budgettet for døgnområdet.

Pr. 1.1.2007 blev børnehandicapområdet samlet decentralt i én enhed med base i Handicapcenter Øst. Førhen var børnehandicapteamene placeret i hvert af de fire handicapcentre. Der er 40-45 medarbejdere i den decentrale enhed på børnehandicapområdet. Sagsbehandlere er organiseret i grupper med en koordinator tilknyttet og under ledelse af teamchefen.

Visitationspraksis

Der er primært to typer af børn/familier, der visiteres til ydelser på børnehandicapområdet: (1) Gruppen af børn der fødes med synlige eller målbare handicap og (2) gruppen af børn der i løbet af deres opvækst har eller får omfattende vanskeligheder i dagligdagen. Den første gruppe tilknyttes oftest handicapcentret tidligt efter anbefaling fra hospitalssystemet. Den anden gruppe vil typisk blive henvist til et socialcenter efter drøftelse med egen læge, daginstitutionspersonale, el. lign.

Hvis man i socialcentret vurderer, at barnet har omfattende fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, overgår sagen til handicapcentrets børneteam. Børnehandicapområdet er således delt mellem socialcentre og handicapcentre, afhængig af barnets grad af funktionsnedsættelse.

Sagens kompleksitet afgør, om den kan behandles af sagsbehandleren, skal behandles i gruppen eller om teamchefen skal inddrages. Hvis der er grundlag for yderligere hjælpeforanstaltninger (aflastning eller anbringelse), foretager sagsbehandleren en § 50-undersøgelse, der skaber basis for en eventuel indstilling, som den centrale visitation efterfølgende behandler. Den centrale visitation visiterer dermed alle sager på døgnområdet, og er ansvarlig for den økonomiske ramme for området.

Sagsbehandlerne på børnehandicapområdet arbejder ikke med nedskrevne standarder for visitationen, hverken centralt eller decentralt. Interviewpersonerne giver udtryk for, at der skal visiteres på baggrund af en helhedsvurdering, hvorfor standarder kunne komme i vejen. Der efterlyses dog retningslinjer for, hvordan det individuelle skøn skal foretages for mere gængse ydelser som for eksempel tøjvask.

Økonomistyring

Budgetansvaret ligger på centralt niveau hos kontorchefen, mens det decentralt udelukkende er børneteamchefens ansvar. Økonomistyringen varetages centralt af den økonomiske koordinator, mens de daglige økonomifunktioner for børneteamet varetages af en økonomimedarbejder fra det administrative team.

Med hensyn til budgetopfyldelsen på børnehandicapområdet brydes det udmeldte budget ikke videre ned på decentralt niveau, hvorfor interviewpersonerne mener, det er svært at styre forbruget tilstrækkeligt på de enkelte konti. Derimod bruges ventelister som styringsmekanisme, hvilket har medført lange ventetider på ydelser.

Interviewpersonerne angiver, at der decentralt på børnehandicapområdet mangler økonomiske kompetencer, hvilket gør det svært at få de nødvendige ledelsesmæssige værktøjer i økonomistyringen. På sagsbehandlerniveau mangler der ligeledes viden om de økonomiske konsekvenser for visitation af ydelser, især grundet stor personaleomsætning. I den decentrale forvaltning har der på børnehandicapområdet manglet datadisciplin, hvorfor et stort oprydningsarbejde har været påkrævet. Der er pt. en sagsbehandler afsat udelukkende til oprydningsarbejde i handicapcentret.

Organisatorisk rummer kompetencedelingen mellem den centrale og decentrale visitation i dens nuværende formation i højere grad en centralisering af pladshenvisning, end at den centrale forvaltning udfylder sin styrende og disciplinerende rolle. Dette understreges af, at meget få sager afvises i den centrale visitation efter de er indstillet af sagsbehandleren decentralt.

Rambøll Managements vurdering

Rambøll Management vurderer, at den nuværende organisering med en samlet decentral enhed er hensigtsmæssig for den økonomiske og servicemæssige styring af børnehandicapområdet. Før 1.1.2007 har placeringen af børnehandicapteams i de

fire forskellige centre betyder, at der i de relativt små teams har manglet faglig kompetence inden for grænseområder, og det har samtidig været svært at sikre et ens serviceniveau handicapcentre imellem.

Rambøll Management mener dog, at der er behov for en klarere rolledeling mellem den centrale og decentrale visitation. Den decentrale forvaltning oplever arbejdsdelingen sådan, at den centrale visitator blot ekspederer indstillingen videre og udfører det praktiske arbejde med at finde en plads. En klarere ansvarsdeling hvor den centrale forvaltning styrer visitationen vil medføre grundlag for forbedret økonomistyring.

Rambøll Management vurderer, at der inden for børnehandicapområdet mangler principper for visitationen, da især uerfarne sagsbehandlere har brug for retningslinjer til at sikre ensartet visitation i kommunen. De individuelle skøn i visitationen der laves inden for lovgivningens rammer kan variere betydeligt.

Rambøll Management vurderer, at der i økonomistyringen er behov for mere detaljerede budgetter, der kan nedbrydes decentralt, så der skabes bedre værktøjer til at sikre budgetoverholdelse. Samtidig kræver dette, at data er valide, så man løbende kan følge udviklingen i igangsatte foranstaltninger samt forbruget i forhold til budgettet. Det er vigtigt at sikre en opkvalificering af de økonomiske kompetencer hos medarbejderne i centret, sådan at en fornuftig økonomistyring kan indarbejdes, når oprydningssarbejdet på børnehandicapområdet er tilstrækkeligt udført.

Boks 15: Eksempel på dårlig styring

Et eksempel på dårlig styring i Socialforvaltningen er, når budgetudmeldingen fra de centrale kontorer udmeldes på få overordnede rammer, så det bliver svært for den decentrale enhed at sammenholde udgiftsudviklingen med budgettet, da udgifterne i det daglige registreres på nedbrudte konti.

I flere af Socialforvaltningens decentrale enheder har ledelsen og medarbejderne ikke haft tilstrækkelige økonomiske kompetencer til selv at foretage den yderligere nedbrydning af det udmeldte budget, hvorfor en egentlig budgetopfølgning ikke er foretaget med hensigtsmæssige intervaller. Hvis der samtidig mangler valide data for forbruget, har den budgetansvarlige ledelse ikke de nødvendige værktøjer til at foretage en god økonomistyring.

6.1.4 Opsummering om styring og visitation på handicapområdet i SOF

Samlet set vurderer Rambøll Management, at der i perioden 2004-2008 har været en række væsentlige problemer i styringen af handicapområdet i SOF. De væsentligste problemer har knyttet sig til manglende økonomisk controlling, manglende redskaber og kompetencer til økonomistyring og en uklar struktur i visitation og organisering af området. Det skal dog bemærkes, at kommunen fra 2007 og frem har taget en række initiativer til at rette dette op – særligt gennem samling af visitationen,

og forbedring af it-systemer på hjemmehjælps- og hjælpemiddelområdet. Rambøll Management vurderer, at den fremadrettede styring har væsentligt bedre forudsætninger, men at det fortsat bør sikres, at de decentrale led har de nødvendige redskaber og kompetencer til at kunne foretage en effektiv økonomistyring af deres områder. Samtidigt bør det overvejes, om klarere kvalitetsstandarder på området vil kunne styrke sagsbehandlingen.

Boks 16: Eksempel på kvalitetsstander i Gladsaxe Kommune

I Gladsaxe Kommune har man arbejdet intensivt med at definere klare kvalitetsstandarder på handicapområdet. For hver ydelse er der udarbejdet en beskrivelse af, hvem modtagerne er, hvilke områder der gives støtte til, og hvilke der ikke gives støtte til, samt omfanget af den gennemsnitlige støtte. Disse standarder dækker både hjælpemiddelområdet og handicapområdet – fx også socialpædagogisk støtte efter § 85 i serviceloven. Kvalitetsstandarderne er udarbejdet efter kommunens økonomiske ramme og tager udgangspunkt i en funktionsevnevurdering af den enkelte borger.

Kvalitetsstanderne gør det lettere for kommunen at styre udgiftsniveauet, da man ved at kende antallet kan danne sig et godt overblik over, hvor meget man kan forvente at bruge på området. Kvalitetsstanderne sikrer også en ensartet service på tværs af kommunens sagsbehandlere.

6.2 **Styringsanalyse af Børne- og Ungdomsforvaltningen**

I dette afsnit gennemgås og analyseres visitations- og styringspraksis på specialområdet under Børne- og Ungdomsforvaltningen (BUF). Analysen er udarbejdet på baggrund af skriftligt materialet udleveret af BUF samt en række interview med PPR-ledere, medarbejdere i Støtte, Rådgivning og Sundhed samt Økonomi og Ledelsesinformation i BUF og andre ressourcepersoner i relation til visitation og styring.

Boks 17: Oversigt over interviewpersoner i BUF

- Lotte Schjøttz, PPR-chef, Nørrebro
- Rose-Marie Ahrensberg, PPR-chef, Østerbro
- Ebbe Stenbirk, PPR-chef, Brønshøj/Vanløse
- Kirsten Jungersen, PPR-chef, Vesterbro/Kgs. Enghave
- Jette Lenz, PPR-chef, Indre By
- Hans Kærbo, PPR-chef, Valby
- Lone Mortensen, PPR-chef, Bispebjerg

- Georg Bartholdy og Sti Andreas Garde, Økonomi- og Ledelsesinformation
- Henrik Dohrmann og Rune Simmelsgård Clausen, Økonomi- og Ledelsesinformation
- Jan Sander

- Lise Poulsen, kontorchef, BUF, "Støtte rådgivning, sundhed"
- Birgitte Park, leder i specialfunktion, BUF, "Støtte rådgivning, sundhed"
- Jan Bertelsen, konsulent, BUF, "Støtte rådgivning, sundhed"
- Ole V Rasmussen, Souschef, psykologfaglig leder, BUF, "Støtte rådgivning, sundhed"

Afsnittet er struktureret således, at den overordnede organisering af visitationen på området beskrives indledningsvis. Herefter gennemgås henholdsvis visitation på niveau 1 og 2 (herunder enkeltintegration), på niveau 3 (herunder specialskoler), for småbørn (0-6 år) samt til specialfritidshjem og -klubber.

BUF har de seneste år gennemgået væsentlige organisatoriske forandringer, der også har berørt specialområdet. I januar 2006 blev den nuværende struktur med otte distrikter grundlagt, og i august 2007 blev Pædagogisk Psykologiske Rådgivning (PPR) også forankret i distrikterne.

Hvor der tidligere har været fire selvstændige PPR-distrikter, der refererede til centralforvaltningen, er disse nu en del af de otte BUF-distrikter, og den lokale PPR-leder refererer til distriktschefen.

Det er således naturligt, at der i en overgangsperiode opleves en vis usikkerhed, og at en ny organisering skal have tid til at falde på plads. Nedenstående beskrivelse og vurderinger skal ses i lyset heraf.

En central målsætning i visitationen er inklusion. Inklusion indebærer, at barnet i videst muligt omfang inkluderes i den almindelige skole, og at der etableres forebyggende foranstaltninger, så barnet ikke skal rykkes ud af dets almindelige miljø.

Indsatsen er struktureret på tre niveauer, alt efter hvor omfattende barnets behov er.

- Niveau 1 omhandler de forebyggende og inkluderende foranstaltninger, der ydes på den enkelte skole eller institution. Det kan for eksempel være initiativer rettet mod pædagogisk inklusion, undervisningsdifferentiering, holddannelse, supplerende undervisning m.m. Herunder ligger også enkeltintegrationstimer, hvor der tilbydes støttetimer til den almindelige skole.
- Niveau 2 omfatter specialpædagogiske foranstaltninger, der kan etableres i det lokale distrikt. Dette omfatter hovedsageligt tilbud, hvor barnet søges hjulpet inden for rammerne af egen skole samt andre tilbud i distriktet. Det kan for eksempel være specialskoler for elever med generelle indlæringsproblemer, indskolingsklasser, grupper og foranstaltninger til elever med behov for specialpædagogisk bistand mv.
- Niveau 3 omfatter tilbud til børn med vidtgående behov. Dette vil hovedsageligt være såkaldt segregerede tilbud, hvor barnet ikke længere har tilknytning til den almindelige skole, men kommer i de bydækkende specialskoler, der er målrettet barnets specifikke behov. Det kan for eksempel være tilbud på specialskoler, specialklasserækker og specialfritidstilbud, der er målrettet disse børns vidtgående behov.

Visitationen til niveau 1 og 2 er placeret decentralt i distrikterne i de lokale visitationsudvalg. I hvert distrikt er der som hovedregel to lokale visitationsudvalg. Ét der varetager visitation til småbørnsområdet og ét til skoleområdet⁹.

Visitation til niveau 3 er derimod placeret i følgende centrale visitationsudvalg forankret i Støtte, Rådgivning og Sundhed (SRS). På skoleområdet er der tre centrale udvalg:

1. Elever med vidtgående indlærings- og bevægelsesvanskeligheder
2. Elever med vidtgående indlærings- og kontaktsvanskeligheder
3. Elever med vidtgående tale- og hørevanskeligheder.

På småbørnsområdet er der to centrale udvalg der varetager:

1. Visitation til basisdagplejen
2. Visitation til basis- og specialpladser i dagtilbud.

På skoleområdet kan der klages over manglende henvisninger og over visitationsafgørelser på alle niveauer. Hvis der er tale om et vidtgående behov, skal der klages til Undervisningsministeriet (klagenævnet), hvorimod øvrige klager indbringes for de kommunale myndigheder.

6.2.1 Tilbud, der visiteres på niveau 1 og 2, herunder enkeltintegration

På niveau 1 har skolelederen ansvaret for, at der arbejdes med disse indsatser. Arbejdet forestås i et tværfagligt samarbejde mellem skole, forældre, PPR, Socialforvaltning m.fl. Hvis en elev har særlige behov, kan denne indstilles til en pædagogisk psykologisk vurdering. Denne kan munde ud i et forslag til en særlig pædagogisk foranstaltning inden for rammerne af skolens almindelige undervisning eller en form for specialundervisning uden for skolens muligheder.

Visitationen på niveau 2 foretages af et visitationsudvalg i distriktet. Udvalget er nedsat af distriktschefen og består som hovedregel af distriktets souschef, en skolekonsulent, skoleledere og PPR-lederen. Budgettildelingen indikerer, at visitationen til tilbud rettet imod til generelle indlæringsvanskeligheder og enkeltintegration udgør den overvejende del. Nedenfor sættes fokus på visitation og styring af enkeltintegration.

Organisering

Enkeltintegration omfatter som nævnt ovenfor støttetimer eller andre fleksible foranstaltninger, der kan sikre, at et barn kan modtage hjælp, inden for rammerne af deres almindelige skole. Det betyder, at barnet forbliver på skolen, hvorfor enkeltinte-

⁹ I nogle distrikter varetages opgaverne af ét samlet visitationsudvalg. Det bemærkes, at på småbørnsområdet er det kun tilbud på niveau 1, der visiteres på i det lokale visitationsudvalg, idet tilbud på niveau 2 og 3 visiteres centralt.

grationstimer udgør et væsentligt element i bestræbelsen på at skabe inklusion for udsatte børn.

Enkeltintegrationstimer udmøntes på niveau 1, og visiteres decentralt i distrikterne i det lokale visitationsudvalg.

Visitationspraksis

Forløbet forud for en visitation tager udgangspunkt i et samarbejde mellem skolen og PPR. Anmodningen om støtte starter ofte hos forældre og lærere, hvorefter psykologen eventuelt inddrages. PPR har regelmæssige teammøder, hvor samtlige sager diskuteres. Eventuelle indstillinger behandles herefter i det lokale visitationsudvalg, hvor indstillingen skal leve op til en række formelle krav om skriftlighed og dokumentation.

Flere af PPR-lederne giver udtryk for, at kvaliteten af selve ansøgningen, og hvorvidt dokumentationskravene bliver overholdt, er meget centrale for visitationsafgørelsen.

For at skabe ensartethed på tværs af distrikternes visitationsudvalg, er der udarbejdet en række handleguides og retningslinjer. Disse dokumenter beskriver procedurer for og formkrav til indstilling og visitation. Det kan være beskrivelser af ansvarsfordelingen eller af dokumentationskrav. Det kan for eksempel være, at en indstilling skal indeholde en beskrivelse af de pædagogiske initiativer, der allerede er forsøgt over for barnet eller procedurer for, hvordan afslag håndteres på en standardiseret måde. PPR-lederne er i nogen grad bekendt med disse, men deres anvendelse varierer en del. Årsagen hertil skal tilsyneladende primært findes i en kombination af personalets sammensætning og erfaring i PPR-enhederne.

Der findes imidlertid ikke nogen *kvalitetsstandarder* for visitationen. Der er ikke opstillet konkrete kriterier, der definerer et specifikt serviceniveau i visitationsafgørelser eller nedskrevne standarder, der – på baggrund af diagnoser eller af omfanget af barnets behov – specificerer, hvilke tilbud der skal visiteres til.

Det er en udbredt holdning blandt interviewpersonerne, at det ikke er muligt at udforme detaljerede kriterier for visitationen. Holdningen er, at visitation hovedsageligt læres gennem praksis og supervision, og at handleguides og nedskrevne standarder ikke er et tilstrækkeligt grundlag til at træffe afgørelser for det enkelte barn.

Afgørelsen bør hovedsageligt træffes ud fra en vurdering af barnets samlede behov i kombination med det konkrete miljø, som barnet befinder sig i. Der kan derfor ikke opstilles entydige kriterier for, hvornår et barn har brug for hjælp, ligesom man ikke kan visitere blot på baggrund af diagnoser. Det nævnes af enkelte, at der i visitationen til specialskole lægges til grund, om barnet indlæringsmæssigt er tre år bagud.

I de lokale visitationsudvalg gennemføres ikke løbende evalueringer af visitationen. I praksis kan der i de enkelte udvalg være en vis erfaringsopsamling på sagerne, men der er endnu ikke etableret faste procedurer for en systematisk og bevidst evaluering af udvalgets visitationspraksis.

På tværs af de otte distrikter er det en gennemgående tendens, at PPR-lederen i nogen grad har kendskab til økonomien og priserne på de forskellige tilbud, der visiteres til. Det primære fokus hos PPR-lederen er dog typisk på antallet af pladser eller timer, der er til rådighed i distriktet og i mindre grad på tilbuddenes priser.

Generelt er det vurderingen, at de enkelte psykologer og talehørepædagoger i PPR-enhederne ikke har fokus på eller kendskab til økonomi og priser på tilbuddene. Det er i langt overvejende grad den rent faglige vurdering, der vægtes, mens økonomiske prioriteringer eller bevidsthed om priser ikke lader til at have indflydelse på, hvilke løsninger og tilbud, der indstilles.

Blandt PPR-lederne gives der udtryk for, at skoleledere og forældre kan spille en væsentlig rolle i forhold til omfanget af indstillinger. Men også den enkelte psykolog og talehørepædagogs erfaring og/eller personlige praksis kan have stor betydning.

Den enkelte psykolog og talehørepædagog er ofte underlagt et pres fra skoleleder og forældre. Særligt blandt de mindre erfarne psykologer og talehørepædagoger kan dette resultere i, at der udarbejdes mange indstillinger. Et andet element som kan have betydning for omfanget af indstillinger er skolelederne selv. Flere interviewpersoner nævner, at skolelederne kan bruge mange indstillinger og eventuelle klager til at gøre opmærksom på 'et stort behov'.

Endelig kan der fra skolens side være et økonomisk incitament til at få elever med særlige behov på specialskole, da denne udgift ikke påhviler skolen. Der kan derved være et incitament til at indstille barnet til eksterne tilbud (kassetækning). Når barnet først har fået plads på en specialskole, har skolen ikke længere økonomiske forpligtelser.

Økonomistyring

Budgetansvaret for PPR ligger formelt set hos distriktscheferne, men bliver i praksis ofte helt eller delvis uddelegeret til PPR-lederen. Det er PPR-ledernes oplevelse, at den økonomiske del fylder stadig mere i deres daglige arbejde, og at dette er en ny opgave for dem. Her skal det understreges, at organiseringen af PPR som en del af BUF-distrikterne er relativt ny, og nedenstående skal ses i lyset heraf.

Det er PPR-ledernes oplevelse, at afklaringen af roller og ansvar i forhold til budgettet med fordel kan gøres tydeligere. Der er således knyttet en væsentlig usikkerhed til håndteringen af budgettet, hvilket blandt andet viser sig ved, at der mange steder ikke er en klar ansvars- og rollefordeling mellem PPR-lederen og distriktschefen. Flere PPR-ledere giver udtryk for, at det er uklart, i hvilken grad de har ansvar for budgettet. Samtidig har de ikke kendskab til nogen fast praksis med hensyn til budgetopfølgning eller løbende redegørelser for økonomien.

Boks 18: Eksempel på dårlig styring

PPR-lederne oplever generelt et øget økonomiansvar, og i relation hertil en væsentlig usikkerhed med hensyn til udarbejdelse og ansvar for budgettet. Det kan i den sammenhæng overvejes, om det organisatoriske grundlag og PPR-ledernes kvalifikationer er tilstrækkelige til at løfte denne opgave.

Et eksempel, der illustrerer problemet, er en PPR-leder, der har overtaget en væsentlig del af økonomiansvaret i distriktet. Tidligere varetog souschefen i distriktet disse opgaver, men i forbindelse med PPR-distrikternes decentralisering overgik ansvaret til PPR-lederen. Dette har for det første resulteret i, at PPR-lederen har brugt en del tid på den almindelige økonomiske drift af PPR. Eksempelvis er ansvaret for medarbejdernes lønaf-taler blevet overdraget, men da PPR-lederen aldrig tidligere har lavet en lønftale, har det taget et halvt år at få disse på plads. For det andet har det øgede økonomiansvar resulteret i, at der hersker stor usikkerhed omkring budgetudmelding og budgetansvar. PPR-lederen er ikke klar over, om der afkræves løbende redegørelser for økonomien, og giver ligeledes udtryk for, at i det foregående år, var det mere held end forstand, at bud-gettet blev overholdt. At der i dette tilfælde ikke var budgetoverskridelser skyldtes en række uforudsete indtægter fra børn, der flyttede ud af distriktet.

Der efterlyses desuden en større gennemsigtighed i forhold til den budgetramme, der meldes ud fra centralt hold. Det er ikke altid klart, hvornår og til hvem budgettet meldes ud. Rent praktisk kan der også være forvirring om formen på det, der meldes ud til distrikterne. Eksempelvis får PPR-ledere meldt ud i kroner og øre, men skal typisk selv melde ud til skolerne i timer. Ligeledes kan det give komplikationer, når der i nogle sammenhænge regnes kalenderår og i andre sammenhænge på skoleår.

Klager udgør et væsentligt usikkerhedsmoment i forhold til distrikternes budgetlægning. Københavns Kommune har en høj klagefrekvens, og en stor andel af disse giver medhold til forældrene. Antallet af klager i distrikterne varierer meget. Flere distrikter har ingen klagesager, hvorimod der i andre distrikter bliver klaget i op mod 30 % af sagerne.

Der er ikke nogen ensartet praksis for håndtering af klagerne rent budgetmæssigt. I nogle distrikter har man oprettet en buffer-pulje til at håndtere udgifter til tabte klagesager. I andre tilfælde er merudgiften fra tabte klagesager blevet pålagt den skole, hvorpå det barn klagen vedrører, går.

Opfattelsen blandt alle interviewpersonerne er, at antallet af klager hovedsageligt er forårsaget af det store antal indstillinger, og af de forventninger, der dermed skabes hos forældrene. Opretholdes en mere tæt kontakt til forældrene, hvor der informeres om årsagen til afslaget mv., mindskes risikoen for klager. Det er således opfattelsen, at både skoleledere og forældre kan have indflydelse på, hvor mange klager, der genereres.

Der efterlyses blandt flere PPR-ledere et større overblik over antallet af timer, der er til rådighed i løbet året. En større bevidsthed om tilgængelige antal timer hos distrikt

og skole kunne nedbringe antallet af indstillinger, og dermed også antallet af klager over afviste indstillinger.

Boks 19: Eksempel på god styring

Eksempel på god styring

Antallet af klager og praksis mht. hvordan klager håndteres, varierer meget distrikterne imellem. På baggrund af de gennemførte interview må det vurderes, at skoleledelsen kan have indflydelse på antallet af klager, der genereres. Det skyldes, at skoleledelsen formentlig har en væsentlig indflydelse i forhold til, hvor mange børn der indstilles og de forventninger, der skabes hos forældrene. Det er derfor væsentligt at overveje, hvordan distrikterne arbejder styringsmæssigt i forhold til skolerne og klagesagerne. Her er det ofte praksis, at klager håndteres via en bufferpulje i distriktet, men der er også eksempler på, at risikoen for klagemedhold, med fordel kan overføres til skolerne selv.

Et eksempel der illustrerer dette er, at man i et distrikt valgte at inddrage klagerne aktivt i dialogen med skolerne. PPR etablerede over en længere periode en tæt dialog med ledelsen på de enkelte skoler omkring rammen af timer, der blev meldt til rådighed i distriktet. Samtidig blev der gjort en del ud af at orientere om baggrunden for tildelingen af timer. Ressourcerne blev meldt ud, og det blev samtidig gjort klart, at der ikke ville være nogen bufferpulje til at håndtere evt. medhold i klager. Såfremt der blev givet medhold, skulle skolerne selv afholde udgifterne hertil. Resultatet var, at antallet af klagesager faldt markant. Eksemplet illustrerer, at klagerne kan anvendes aktivt i forhold til at skabe et medansvar på skolerne. Overføres udgiften for klager til skolen, kan det formentlig have indflydelse på antallet af indstillinger, og på i hvilken grad skolen formår at inddrage forældrene i processen.

Rambøll Managements vurdering

Det er Rambøll Managements vurdering, at den nuværende visitationspraksis ikke i tilstrækkelig grad sikrer et ensartet serviceniveau på tværs af de otte distrikter. Der foreligger procedurer for visitationsprocessen, men der er ikke skriftlige kvalitetsstandarder eller kriterier for tildeling af ydelser, og der foretages ingen systematiske evalueringer af visitationspraksis.

I praksis kan der ikke opstilles en objektiv liste for, hvilke børn der skal tildeles bestemte ydelser. Det er en balancegang mellem på den ene side ensartede retningslinjer og på den anden side at sikre fleksibilitet og plads til det faglige skøn i visitationen. Det er imidlertid Rambøll Managements vurdering, at denne balance bør revideres, og at der i højere grad bør fokuseres på, hvilke mulige kriterier eller standarder, der kan sikre en mere ensartet visitationspraksis.

Indstillingerne til enkeltintegration og andre tilbud på niveau 1 og 2 genereres i krydsfeltet mellem skoleledere, forældre og psykologer/talehørpædagoger. Det er Rambøll Managements vurdering, at følgende tiltag kan medvirke til, at antallet af indstillinger nedbringes:

- Sikring af at psykologer og talehørpædagogerne er stærkere rustet til at håndtere mødet med forældre og skoleledere. De er underlagt et pres fra flere sider, og det kræver erfaring eller supervision at håndtere denne situation.

- Højere grad af inddragelse af skolerne i beslutningen om tildeling af timer og ressourcer. Det indebærer, at skolen inddrages i prioriteringen af timerne og i højere grad opnår bevidsthed om de ressourcer, der er til rådighed. Incitamenterne – også på skolerne – til at begrænse klageantallet bør i den forbindelse overvejes.
- Øge psykologernes og talehørepædagogernes bevidsthed om priser på de forskellige tilbud. For at de kan opbygge et fokus på de økonomiske konsekvenser af indstillingerne, er det nødvendigt med klarhed over priser på specialpladser og støttetimer.

Da økonomistyring for mange PPR-ledere som nævnt er en ny opgave, er det Rambøll Managements vurdering, at der bør ske en opkvalificering på dette område. Ifølge de interviewede er det almindelig praksis, at budgetansvaret for specialområdet i distriktet delegeres til PPR-lederen. Det er derfor afgørende, at PPR-lederne er klædt på til at løfte opgaven, således at det er klart, hvilke rammer der er for denne.

Derudover er det væsentligt, at den centrale budgetudmelding tilrettelægges på en ensartet og gennemsælgelig måde. At PPR-lederne har overblik over ressourcerne, kan være et centralt element i forhold til at gøre skolerne mere bevidste om, at der er et begrænset antal timer til rådighed. Denne fælles ansvarliggørelse af skolerne kan også være væsentlig i forhold til at begrænse antallet af indstillinger og muligvis også antallet af klager.

Endelig er det vigtigt, at kommunikationen af principper og regler for både visitationspraksis og økonomistyring bliver prioriteret højt. Integrationen af PPR i BUF-distrikterne er fortsat en forholdsvis ny konstruktion. Da det samtidig er her, at en meget stor del af visitationen genereres, er det afgørende, at der er en ensartet viden og bevidsthed om, hvilke overordnede mål og rammer der styres og prioriteres efter på specialområdet.

6.2.2 Tilbud, der visiteres på niveau 3, herunder specialskoler

Visitationen til foranstaltninger på niveau 3 foretages af de centrale visitationsudvalg i Støtte, Rådgivning og Sundhed (SRS) i Børne- og Ungdomsforvaltningen (BUF). I beskrivelsen nedenfor tages der udgangspunkt i organisering og visitation til specialskoler.

Organisering

Området omfatter tilbud til specialskoler, der er målrettet børn med vidtgående behov. Specialskolerne er såkaldt segregerede tilbud, hvilke vil sige, at de ikke er tilknyttet distriktet, men derimod er bydækkende skoler, særligt målrettet børnenes specifikke behov. Visitation til specialskoler gennemføres i de tre centrale visitationsudvalg, der er nedsat af SRS. I udvalgene indgår repræsentanter fra SRS, distrikterne og fra PPR. Selv om udvalgene er placeret centralt, vil der således løbende blive inddraget personer fra distrikterne.

Visitationspraksis

Indstillinger til specialskoler på niveau 3 starter ude på den enkelte skole, men gennemføres i de centrale visitationsudvalg i SRS. Sager, der indstilles til specialskoler på niveau 3, vil som standard først blive visiteret af det lokale visitationsudvalg. Dette opfattes af flere PPR-ledere som dobbeltarbejde, da sagen alligevel skal visiteres i de centrale visitationsudvalg på niveau 3. Det er således sjældent, at sagerne, der er indstillet til niveau 3, stoppes i det lokale visitationsudvalg. Her vil visitationen ofte være en ren formssag, da det er kutyme, at sagens skal have lov til at prøves på niveau 3.

Der visiteres for et skoleår ad gangen, hvilket betyder, at der er en fast skæringsdato for indstillinger d. 15. december.

I den centrale visitation er det opfattelsen, at visitationen er forholdsvis ensartet. Der gennemføres imidlertid ikke systematiske evalueringer eller opfølgninger på den gældende visitationspraksis ligesom der kun i begrænset omfang er udarbejdet egentlig vejledning i, hvordan visitationen skal håndteres.

På centralt niveau er der enighed om, at antallet af sager på niveau 3 bl.a. afhænger af skolerne og psykologer/talehørepædagogerne. Antallet af indstillinger til niveau 3 kunne således være mindre, hvis man allerede greb ind i forhold til de decentrale led i distrikterne og på skolerne. Der efterlyses desuden en strategi for, hvordan børn, der er visiteret til niveau 3, i højere grad kan bibeholde en forbindelse til deres oprindelige skole. Der kunne eksempelvis være en strategi om, at børn der er kommet på specialskole, stadig har en reel mulighed for at vende tilbage til sin oprindelige skole. Eller at den enkelte skole i højere grad gøres økonomisk ansvarlig over for de børn, der sendes på specialskole. Problemet i dag kan være, at det er "gratis" for skoler, at få børn på specialskole.

Boks 20: Eksempel på god styring

Blandt interviewpersonerne er der en fælles målsætning om at skabe inklusion, således at indstillinger og visitation til specialskole begrænses. Samtidig er det dog gennemgående, at der efterlyses konkrete ressourcer til at styrke inklusionsarbejdet. Det kan derfor overvejes, hvilke modeller distrikterne kan gøre brug af, i forhold til at prioritere inklusion frem for at indstille til specialskole.

Som eksempel på sådan en model kan nævnes et distrikt, hvor man har gode erfaringer med ansættelse af en AKT-vejleder. Man har rykket 30 timer fra specialundervisnings-puljen og anvendt dem på en AKT-vejleder. Erfaringen er, at flere børn forbliver i miljøet, hvorfor ordningen i nogle tilfælde vil være et alternativ til specialundervisning. Modellen har derfor vist sig at være et godt redskab i forhold til at skabe inklusion og dermed færre indstillinger.

Økonomistyring

SRS har det samlede økonomiansvar for aktiviteterne på niveau 3, samt ansvaret for at udmelde en økonomisk ramme til distrikterne, hvad angår aktiviteterne hos PPR-enhederne¹⁰. Dette økonomiansvar er forholdsvis nyt. Hensigten er, at opgaven løftes med støtte fra Økonomi og Ledelsesinformation. Rolle- og ansvarsfordelingen mellem Økonomi og Ledelsesinformation og SRS er dog uklar. Også samspillet med Plads- og Kapacitetsstyring i forhold til prognoser og pladsoversigter bør indgå i en formalisering af ansvar og roller.

Ansvaret for udmeldingen af den økonomiske ramme til PPR-enhederne i distrikterne har medført, at der er et øget behov for koordinering mellem SRS og distriktscheferne. Rammen for dette samarbejde er imidlertid ikke formaliseret.

Der er på nuværende tidspunkt en række initiativer i gang for at styrke økonomiarbejdet i SRS. Blandt andet er man i gang med at implementere sags- og styringssystemet KIS og at ansætte en souschef med ansvar for økonomien. Endelig er man i gang med at foretage en kortlægning af arbejdsgange og visitationsprocesser med bistand fra Deloitte.

Der forestår fortsat et arbejde med at fastlægge principperne og grundlaget for fordelingen af rammen til hhv. niveau 1, 2 og 3. Hertil kommer styringen af køb og salg af pladser, der ikke er tilrettelagt efter en struktureret og dokumenteret metode. Børne- og Ungdomsforvaltningen er opmærksom på disse indsatsområder.

Der er et stort antal klager på niveau 3, og der har været en stigning i andelen af klager, der giver medhold til forældre. Medudgiften påhviler SRS. Man har derfor oprettet en central pulje alene til niveau 3-klager. Alternativt har man løst nogle af sagerne ved at udskyde det et halvt år.

I lighed med de øvrige niveauer er antallet af klager i høj grad betinget af de forventninger, der dannes hos forældrene. Forventningerne kan i nogle tilfælde allerede skabes, når diagnosen stilles på de børnepsykiatriske afdelinger. Her er der eksempler på, at forældrene på de børnepsykiatriske afdelinger har fået at vide, hvilke bestemte tilbud barnet bør visiteres til. Dette kan vanskeliggøre visitationsarbejdet, da det skaber væsentlige forventninger hos forældrene på forhånd, og kan være en årsag til, at der i højere grad klages.

Det er opfattelsen, at klager kan undgås, hvis der etableres et tættere samarbejde mellem de lokale og de centrale visitationsudvalg. Fx er det afgørende, at det lokale visitationsudvalg skal følge op på sagen, når der gives afslag på visitation på niveau 3, ved at give alternative tilbud på niveau 2. Denne koordination kan være væsentlig i forhold til at fastholde dialogen med forældre og dermed undgå klager.

¹⁰ Det bemærkes, at der har været rejst tvivl om, hvorvidt rammen til PPR-enhederne fremadrettet skal udmeldes fra Økonomi og Ledelsesinformation eller fra SRS. Det må imidlertid konstateres, at rammen for skoleåret 2007/2008 har været udmeldt af SRS. Der bør være fuldstændig klarhed over placeringen af budgetansvaret, og hvad det indebærer.

Rambøll Managements vurdering

Integrationen af PPR i BUF-distrikterne ændrede ved den eksisterende styringsform på specialområdet. Det er endnu en forholdsvis ny konstruktion. Uanset dette, er det Rambøll Managements vurdering, at det er afgørende, at der etableres en klarere fælles forståelse for og bevidsthed om ansvarsfordelingen mellem aktørerne på området.

Det er således Rambøll Managements vurdering, at der er behov for en afklaring af kompetence- og styringsforholdet mellem SRS, distriktscheferne og PPR-lederne. SRS' budgetansvar og styring af distrikternes budgetrammer på specialområdet kræver, at kontoret har et klart mandat hertil. SRS har ikke i organisationsstrukturen en overordnet rolle i forhold til distrikterne, der er forankret i et andet center i forvaltningen.

Det er Rambøll Managements vurdering, at arbejdet med implementering af it-systemet KIS, ansættelse af en souschef med fokus på økonomi i SRS samt optimering af arbejdsgange og visitationsprocesser med Deloitte er væsentlige initiativer til bedre styring på området.

Arbejdsprocesser og ansvarsfordeling mellem specielt SRS og Økonomi og Ledelsesinformation – men også Plads og Kapacitet bør formaliseres.

Rambøll Management vil anbefale, at der gøres en målrettet indsats i forhold til at nedbringe antallet af klager på niveau 3. Det mindsker usikkerheden omkring budgetlægning og behovet for at opretholde budgetbuffer. Løsningen kunne blandt andet være, at der etableres en tættere kommunikation til PPR-enhederne, særligt hvad angår afslag og deres begrundelser på niveau 3.

Det er Rambøll Managements vurdering, at kendskabet til priser og koblingen af disse til de økonomiske konsekvenser er forholdsvis begrænset i PPR-enhederne. Rambøll Management vil derfor anbefale, at viden om de økonomiske konsekvenser og opstilling af alternativer øges (i praksis som et element i implementeringen af KIS). Afslutningsvis kan der med fordel arbejdes med at systematisere evaluering og opfølgning på såvel visitation som økonomistyring.

6.2.3 Småbørnsområdet 0-6 år

Organisering

Småbørnsområdet kan ligesom skoleområdet opdeles i tre grupper af tilbud, alt efter hvor vidtgående barnets behov er. Den mindst vidtgående foranstaltning er støttepædagogtimer (enkeltintegration). Her modtager barnet støtte inden for rammerne af de almindelige daginstitutioner. En mindre vidtgående foranstaltning er basispladser. Her er der også tale om almindelige daginstitutioner, men institutioner med basispladser har mere personale og en professionel viden om børn med særlige behov.

I en basisplads er barnet enten integreret med de øvrige børn, eller er tilknyttet grupper af 6-8 basisbørn. I det mest vidtgående tilbud visiteres barnet til en specialdaginstitution. Specialdaginstitutioner har højere normeringer end institutioner med basispladser, de fysiske rammer er særligt indrettet, der er kørselsordning mv.

De tre hovedgrupper svarer til niveau 1, 2 og 3 på skoleområdet. Til forskel fra skoleområdet er det dog kun tilbud på niveau 1, der visiteres i de lokale visitationsudvalg, mens basis- og specialpladser visiteres i det centrale visitationsudvalg.

I det lokale visitationsudvalg sidder typisk repræsentanter fra daginstitutioner, en pædagogisk konsulent, en talehørekonsulent, en psykolog og eventuelt PPR-lederen. Der er udviklet en skriftlig vejledning i forhold til de lokale udvalgs sammensætning og ansvarsfordeling.¹¹ Hvordan det lokale udvalg aktuelt er sammensat, kan dog variere på tværs af distrikterne, ligesom det varierer, i hvilken grad PPR-lederen er involveret. Der er således endnu ikke implementeret en fælles standard for udvalgenes sammensætning, eller for hvilken rolle PPR-lederen har i udvalget.

I det centrale visitationsudvalg sidder Støtte, Rådgivning og Sundhed, ledelsesrepræsentanter fra basis og specialinstitutionerne, en pædagogisk konsulent fra et af distrikterne og en fra pladsanvisningen. Repræsentanten fra pladsanvisningen er ansat af Plads- og kapacitetsstyring og varetager koordinering med børnehaverne og med de institutioner, der modtager barnet.

Visitationspraksis

Det typiske visitationsforløb starter med, at en institution retter henvendelse til PPR. Antallet af indstillinger fra institutionerne kan variere meget med den enkelte institutions praksis og udmøntning af principperne om inklusion. Sagen tages derefter op i det lokale visitationsudvalg. Vælger udvalget at visitere støttetimer, tildeles disse som standard et halvt år ad gangen. Hvis sagen ikke kan dækkes gennem lokal støtte eller rådgivning, går den videre til det centrale visitationsudvalg. I modsætning til skoleområdet er der ingen fast skæringsdato for indstillinger til niveau 3, hvorfor der indstilles løbende over året.

Der foreligger fælles standarder og procedurer for visitationsprocessen, og der er standarder og dokumentationskrav for indstillinger. Der er til gengæld ikke egentlige kvalitetsstandarder der sikrer, at serviceniveauet er ens på tværs af distrikterne.

På småbørnsområdet styrkes ensartetheden i visitationen ved, at samarbejdet mellem det centrale og de lokale visitationsudvalg er forholdsvis formaliseret. Ensartetheden søges styrket gennem løbende evalueringer med repræsentanter for de lokale visitationsudvalg, jf. nedenstående boks.

¹¹ Vejledning til støtteforanstaltninger i dagtilbud og fritidshjem og KKFO – Københavns Kommune, Børne- og Ungdomsforvaltningen.

Boks 21: Eksempel på god styring

På baggrund af de gennemførte interview, er det generelt billedet, at der ikke gennemføres systematisk opfølgning eller evalueringer af visitationen. Dette gælder både i de centrale og decentrale udvalg. Det kan derfor overvejes, hvordan der opbygges formaliserede procedurer, således, at evalueringen styrkes og derved på sigt også ensartetheden i visitationen.

Et godt eksempel er i denne sammenhæng at finde på småbørnsområdet, hvor der holdes kvartalsvise evalueringer af visitationen. Evalueringerne gennemføres centralt i SRS, med deltagelse af repræsentanter fra de otte lokale visitationsudvalg. På møderne diskuteres eksempelvis de sager, der afvises fra centralt hold og eventuelt forskellige opfattelser af sagerne. På den baggrund er det erfaringen, at den fælles dialog hjælper med ensartetheden på tværs af distrikter. Eksemplet illustrerer således, at SRS kan udgøre rammen om en styrket evalueringspraksis og erfaringsudveksling distrikterne imellem, og at lignende ordninger med fordel kan implementeres på skoleområdet.

Økonomistyring

Småbørnsområdet adskiller sig fra skoleområdet ved, at der ikke er formel klageadgang i forhold til visitationsafgørelser. Det betyder, at klager ikke udgør et budgetmæssigt usikkerhedsmoment, sådan som det er tilfældet på skoleområdet.

I budgettet opereres med en økonomisk ramme for dels special- og dels basispladser. De to rammer er adskilt og kan ikke blandes sammen. I forhold til udmeldingen af rammen er der en løbende dialog med distrikterne om antallet af pladser. I den sammenhæng er det væsentligt, at hvis der visiteres flere, end der er pladser til, overføres børnene på venteliste. Ventelistebørnene udgør en økonomisk byrde for distrikterne, indtil de får tildelt pladsen. Det skyldes, at distriktet selv er ansvarlig for at etablere en midlertidig ordning for barnet på venteliste. Ventelisten fungerer derfor i praksis som et styringsinstrument. Det indgår i dialogen med distrikterne, at hvis der indstilles børn, vil de eventuelt komme på venteliste.

I forhold til udmeldingen af den økonomiske ramme på småbørnsområdet, er det kendetegnende for småbørnsområdet, at SRS har tæt samarbejde med Plads- og Kapacitetsstyring – et samarbejde der er blevet mere formaliseret i løbet af 2007. Selv om der gives udtryk for, at samarbejdet med fordel kunne udbygges yderligere, er det nuværende samarbejde afgørende i forhold til dialogen og udmeldingen til PPR-enhederne.

Rambøll Managements vurdering

Det er Rambøll Managements vurdering, at småbørnsområdet styringsmæssigt er nået længere, end områderne beskrevet ovenfor. Det kan i den sammenhæng spille en rolle, at der ikke er formel klageadgang, og at ventelisterne skaber en incitamentsstruktur, hvor antallet af indstillinger begrænses. Dertil kommer, at man har etableret en forholdsvis tæt dialog med distrikterne, hvor man i samarbejde med Plads- og Kapacitetsstyring løbende har informeret om pladser og ventelister.

I forhold til de lokale visitationsudvalg, er det Rambøll Managements vurdering, at der endnu ikke er implementeret fælles retningslinjer for udvalgenes sammensætning og ansvar. I den sammenhæng kan PPR-lederens rolle gøres mere klar. Målet om inklusion hænger sammen med en forebyggende og tidlig indsats, og PPR-lederen kan derfor med fordel rykkes tættere på 0-6 års området. Hermed vil man i højere grad kunne medtænke småbørnsområdet i den samlede forebyggelses- og inklusionsstrategi.

Det er ofte kun én medarbejder i hvert distrikt, der arbejder med småbørnsområdet, og det er Rambøll Managements vurdering, at dette er sårbart i forhold til fravær og den generelle kontinuitet på området.

6.2.4 Specialfritidshjem og specialklubber

Organisering

På fritidshjemsområdet kan der ligeledes skelnes mellem tre typer af tilbud. Disse svarer til niveau 1, 2 og 3 og omfatter støttetimer (enkeltintegration), basisfritidshjem/-klubber og specialfritidshjem/-klubber (herefter blot basis- og specialfritidshjem). Der visiteres til niveau 1 og 2 decentralt i de lokale visitationsudvalg, mens niveau 3 visiteres i det centrale visitationsudvalg.

Sammensætningen af de lokale visitationsudvalg kan variere distrikterne imellem. I nogle tilfælde er de koblet til udvalget for småbørnsområdet, men hvordan man nærmere har sammensat udvalget, afhænger bl.a. af distriktets størrelse. Der foreligger retningslinjer for sammensætning af udvalget, men de er endnu ikke fuldt implementeret.

Den centrale visitation til basis- og specialfritidshjem gennemføres i samme udvalg, der også visiterer til skoleområdet. En repræsentant for fritidshjems- og klubområdet sidder med i de centrale udvalg i Støtte, Rådgivning og Sundhed. Når der visiteres til en specialscole, skal der således også gives tilbud om basis- eller specialfritidshjem og dette koordineres med repræsentanten for området.

Visitationspraksis

Visitation til fritidshjemsområdet bliver typisk aktuelt, når et barn visiteres til et tilbud på skoleområdet. Hvis barnet modtager enkeltintegrationstimer i skolen, vil der parallelt hermed søges støttepædagogtimer på et almindeligt fritidshjem. Dette kan også være tilfældet, hvis barnet i skoleregi fx visiteres til læse- eller observationsklasser.

Når der visiteres til specialscole, skal barnet som udgangspunkt enten tilbydes plads på basis- eller specialfritidshjem. I den sammenhæng er der centralt en bevidsthed om tilbuddenes priser – herunder at specialfritidshjem er dyrere end basisfritidshjem. Ikke desto mindre er det oplevelsen, at det i stigende grad er vanskeligt at få børn visiteret til basisfritidshjem.

Der foreligger ingen kvalitetsstandarder for visitation på fritidsområdet, ligesom der ikke gennemføres systematiske evalueringer af de lokale og centrale udvalgs praksis. Dette må ses i lyset af, at området som beskrevet er "prisgivet" den øvrige visitation på skoleområdet.

Økonomistyring

Der kan ikke klages over visitation til fritidshjem. De budgetmæssige usikkerheder består nærmere i, at der er et begrænset antal basis- og fritidshjemspladser, og at disse ikke nødvendigvis matcher antallet af pladser på skoleområdet. Fra centralt hold gives der derfor udtryk for, at der er stor usikkerhed om, hvorvidt antallet af pladser også vil slå til i fremtiden. Årsagen er blandt andet, at det bliver stadig mere vanskeligt at få børn i basisfritidshjem frem for specialfritidshjem. I relation hertil gives der udtryk for, at fritidsområdet ikke i tilstrækkelig grad medtænkes i de generelle beslutninger og prioriteringer på skoleområdet.

Rambøll Managements vurdering

Det er Rambøll Managements vurdering, at de lokale visitationsudvalg i højere grad bør have en formaliseret rolle i forhold til fritidshjemsområdet.

6.2.5 Opsummering om styring og visitation på specialområdet i BUF

I forbindelse med at PPR blev lagt ud i distrikterne, har specialområdet under Børne- og Ungdomsforvaltningen gennemgået en omstrukturering og decentraliseringsproces. Det er Rambøll Managements vurdering, at der ikke har været et tilstrækkeligt organisatorisk og styringsmæssigt grundlag til at understøtte denne decentralisering. PPR har endnu ikke fundet deres ben i distrikterne, og der hersker en del usikkerhed omkring visitationsprocessen og de budgetmæssige forhold, der knytter sig hertil.

Der er taget en række gode initiativer til at styrke området med fokus på visitation og økonomistyring, men det er Rambøll Managements vurdering, at der bør oprettholdes et stærkt ledelsesmæssigt fokus på implementeringen heraf.

Den nuværende konstruktion, hvor niveau 1 og 2 hovedsageligt visiteres decentralt og niveau 3 centralt, kan som beskrevet ovenfor være årsag til en uhensigtsmæssig incitamentsstruktur i forhold til visitationen.

I konstruktionen er der et modsætningsforhold mellem på den ene side målet om inklusion og forebyggende arbejde i barnets eget miljø, og på den anden side de økonomiske incitament, skolerne har for at indstille børn til specialskole (kassetænkning). Givet at normalområdet på skolerne er under pres, kan der være et incitament til at få børn med særlige behov 'sendt videre' på niveau 3, og selv om der er bred enighed om, at inklusion er den rette målsætning, så mangler der således konkrete incitament til udmøntning af inklusionstanken.

Boks 22: Fordele ved en centralisering af opgaver

En stor del af de initiativer, der gennemføres på børne- og ungeområde i disse år har til formål at decentralisere ansvar, visitation og økonomi. Der eksisterer dog også en række fordele ved en central styring af området. De væsentligste fordele ved en centralisering af opgaver er:

- Entydig placering af opgaven
- Gode muligheder for at sikre et ensartet serviceniveau
- Lettere at sikre at de nødvendige kompetencer er til stede – både i forhold til komplicerede sager der kræver særlig viden og i forhold til økonomistyring
- Større fleksibilitet og mindre sårbarhed overfor personaleudskiftninger og lign.

Der kan på den baggrund overvejes forskellige modeller for, at ansvarliggøre distrikter og skoler. En model kan være, at niveau 3 også decentraliseres, således at økonomien for specialskoler lægges ud i distrikterne og eventuelt helt ud til skolerne. Dette ville betyde, at beslutningskompetencen og udgiftsansvaret er placeret det samme sted, og at distrikterne og skolerne derved selv får ansvar for en prioritering af ressourcer og en helhedstænkning omkring, hvordan de bedst udnyttes.

Det skal dog pointeres, at denne model betyder, at der overføres en "stor økonomisk risiko" til det enkelte distrikt, da specialundervisningspladser er dyre og dermed kan give betydelige udsving i økonomien alt efter antallet af elever med behov herfor.

En anden mulig model, der også kan være med til at ansvarliggøre de decentrale led består i at pengene følger barnet. Denne model består basalt set i, skolen får tildelt flere ressourcer til børn med særlige behov, samtidig med at skolen må afgive ressourcerne, hvis barnet ikke kan rummes i skolen længere. Midlerne følger således barnet.

Nedenstående gengives eksempler på tre modeller, hentet fra KL-rapporten "Råd til Rummelighed"¹² Eksemplerne illustrerer, hvordan andre kommuner har organiseret området i forhold til at skabe en incitamentsstruktur, der styrker den økonomiske bevidsthed og ansvaret i de decentrale enheder. Der er tale om tre primære modeller: *Institutionsmodellen*, *distriktsmodellen* (dog her eksemplificeret på området for udsatte børn og unge) og *pengene følger barnet modellen*.

¹² Råd til Rummelighed – Økonomiske og organisatoriske ændringer til øget rummelighed: <http://www.kl.dk/bin/bbeef7cc-f468-4084-8dc8-e7a44ef3bdf4.pdf>

Boks 23: Hjørring Kommune – institutionsmodellen

Hjørring kommune har taget initiativ til en mere decentral anvendelse af midlerne til folkeskolens § 20, stk. 1 specialundervisning med henblik på at give kommunens skoler økonomiske incitament. De skal være med til at øge drivkraften til større rummelighed og nye organisationsformer i undervisningen. Midlerne til § 20, stk. 2 til specialundervisning indgår ikke i decentraliseringen.

Med henblik på at indføre økonomiske incitament på skoleniveau, foretages der fuld decentralisering af de samlede midler kommunen anvender til specialundervisning i henhold til § 20, stk. 1. På baggrund af de budgetlagte midler til de enkelte specialklasser udregnes en pris pr. plads i de enkelte tilbud.

Midlerne fordeles mellem skolerne i forhold til skolernes samlede gennemsnitlige elevtal, samt skolernes gennemsnitlige henvisning til specialklasser de sidste 3 år. Fordelingen sker således, at skolens gennemsnitlige elevtal vægter 25%, mens skolens gennemsnitlige antal henvisninger vægter 75% i år 1. I år 2 vægter elevtal og henvisning med 50%. Efter 2 år gennemføres en evaluering med henblik på at afgøre, om elevtallet skal vægte 75% og måske på sigt 100%. Der sker derved en løbende forøgelse af det økonomiske incitament. De økonomiske konsekvenser vil efter fuld udbygning være, at skoler med en lav henvisningsgrad vil få et større økonomisk råderum, hvorimod skoler med en høj henvisningsgrad vil få et økonomisk underskud.

Konsekvenserne af ovenstående model for decentralisering af midlerne fra specialklasserne i Hjørring Kommune indebærer:

At distriktsskolen i hvert enkelt tilfælde vil vurdere, om den kan levere et bedre/billigere tilbud enten i en lokal specialklasse, i den almindelige klasse med ekstra støtte, holddeling m.v. At skolen af rent økonomiske årsager tilskyndes til at indstille eleverne til §20, stk. 2. tiltag i de amtskommunale specialklasser.

Skolerne visiterer direkte til specialklasser efter § 20, stk. 1, mens Hjørring kommune har et centralt visitationsudvalg, som skal godkende henvisninger til specialundervisning i henhold til § 20, stk. 2.

Før skolen fremsender indstilling om visitering til en § 20, stk. 2 specialklasse forudsættes følgende opfyldt:

Skolen har afsøgt og afprøvet de organisations- og undervisningsformer, det er muligt at etablere. Specialcentrets kompetence har været inddraget. PPR har været inddraget som rådgiver. Forældrene har været inddraget.

Boks 24: Århus Kommune – distriktsmodellen

Århus Kommune har etableret en incitamentsstruktur, der motiverer lokalområdet/distriktet til at påtage sig opgaven med udsatte børn og unge. I den forbindelse har kommunen iværksat et decentraliseringsforsøg omfattende ti af kommunens 51 skoledistrikter. I forsøgsperioden fra 2004 til 2008 får disse skoledistrikter særlige vilkår og øgede handlemuligheder i forhold til økonomi og etablering af nye tilbud. Forsøgene i Århus Kommune omfatter udsatte børn og unge – dog ikke børn og unge med diagnosticerede fysiske og psykiske handicaps.

Ud fra de midler skolevæsenet, børne- og ungeafdelingen, fritids- og kulturforvaltningen samt familieafdelingen anvender i de enkelte skoledistrikter til indsatsen for sårbare børn og unge, fastsættes en ressourceramme for hvert skoledistrikt. De enkelte skoledistrikter kan så inden for ressourcerammen definere et eller flere faglige forsøg. Ideen med disse forsøg er, at lokalområderne skal udvikle alternative tilgange til arbejdet med sårbare børn og unge i nærmiljøet. Beslutningen om, hvor mange penge, der ud af den samlede ramme skal anvendes til de faglige forsøg, besluttet centralt i de enkelte skoledistrikter. Det er dog en forudsætning, at aktørerne fra de fire forvaltninger, der indgår i distriktssamarbejdet, er enige om, hvordan ressourcerne skal benyttes. Dette skal bl.a. sikre fagligheden i opgaveløsningen.

Som eksempel på et fagligt forsøg har et af distrikterne indgået en aftale med et af kommunens fire socialcentre om at nedbringe anbringelsestallet i distriktet. Aftalen består i, at distriktet ved aftalens indgåelse får udbetalt 75 % af de penge, der potentiel spares ved et faktisk lavere anbringelsestal. Herved får distriktet et økonomisk råderum til at iværksætte forebyggende tiltag. Samtidig har distriktet dog forpligtet sig til, at de skal betale hele prisen, hvis anbringelsestallet ikke falder, og det samme antal børn altså ender med at skulle anbringes. På denne måde skabes der økonomiske incitamentter for lokalområdet i forhold til at påtage sig et større ansvar i arbejdet med udsatte børn og unge.

Boks 25: Ikast Kommune – 'pengene følger barnet'-modellen

Der findes ikke danske eksempler på en rendyrket "pengene følger barnet"-model, men Ikast Kommune anvender elementer af modellen i sin styring af børne- og ungeområdet. Ikast kommune centraliserede i 2002 sin indsats i forhold til at understøtte initiativer til fremme af en mere inkluderende skole. Organisatorisk er det sket ved, at forvaltningen har etableret KOVIS – en central koordinations- og visitationsgruppe – som har til formål at understøtte og fremme tiltag hen imod en mere inkluderende skole. KOVIS består af kommunens Børne- og familiechef, daginstitutionschefen, skole- og kulturchefen, den ledende skolesundhedsplejerske samt lederen af familieafdelingen.

KOVIS opgave er:

- At skabe overblik over tilbud til børn med behov for særlig støtte.
- At sikre koordinering i arbejdet med børn med særlige behov.
- At drøfte og vurdere forskellige mulige indsatser for børn med særlige behov.
- At vurdere forholdene mellem indsats, økonomi og målopfylde.

For at fremme tværfaglige løsninger og helhed i opgaveløsningen kan KOVIS disponere frit inden for de økonomiske rammer, der er i de tilhørende afdelinger.

Kommunen har lagt de ressourcer, der er afsat til specialpædagogiske foranstaltninger ud til de enkelte skoler, hvor det nu er den enkelte skoleleder, der – på grundlag af en pædagogisk-psykologisk redegørelse – tager stilling til, hvilken indsats, der skal iværksættes. Ressourcerne til den enkelte skole er gjort elevtalsafhængige. Skolerne har således et incitament til at iværksætte inkluderende tiltag, således at finansieringen af specialpædagogiske foranstaltninger i et vist omfang også har en positiv effekt på almentilbuddet.

Sideløbende med decentraliseringen af de ressourcer, der er afsat til specialpædagogiske foranstaltninger, har PPR i Ikast udarbejdet et ydelseskatalog, hvor hver enkelt ydelse beskrives med hensyn til indhold, omfang og karakter. Hensigten er at synliggøre PPR's ydelser for de involverede skoler og på længere sigt operere med en eventuel prisfastsættelse af ydelserne.

PPR har således fået en anden opgave, eftersom PPR – ud over at prisfastsætte sine ydelser – ikke skal visitere den enkelte elev til en foranstaltning, men fagligt medvirke til at sikre, at det lokalt forankrede tilbud kan tilbyde en pædagogik og undervisning, som tilgodeser barnet.

7. Bilag

7.1 Aktivitetsniveau for enkeltintegration og specialskoler

I nedenstående tabel beskrives, hvorledes visitationen har været til specialskoler og enkeltintegration i skoleåret 2007-2008. Generelt gælder, at antallet af nyindstillede overgår antallet af bevillinger med i alt ca. 11 %

Tabel 28: Visitationer – specialskoler og enkeltintegration, 2007-2008

Skoleår	Nyindstillede	Bevillinger
Enkeltintegration, niveau 2	404	361
Specialskoler, niveau 3	926	829
I alt	1330	1190

Anm.: Visitationer dækker over følgende: Nyvisitationer, specialskoler og specialklasserækker; Nyvisitationer, enkeltintegration; Nyvisitationer, læseklasserækker; Revisitationer, specialskoler og specialklasserækker; Revisitationer, enkeltintegration; Læseklasser.

Kilde: Københavns Kommune.

7.2

Budget og regnskab**Tabel 29 Budget- og regnskabstal, i 1.000 kr. (2008 P-L) BUF**

Funktion		2006	2007		2008	Absolut	%^a
		Regnskab	Budget	Regnskab	Budget		
3.22.01	Folkeskoler	12.009	0	-45	0	-45	-
3.22.04	Pædagogisk og psykologisk rådgivning	62.609	38.071	52.330	46.898	14.259	37
3.22.05	SFO	73.779	66.645	62.839	79.031	-3.805	-6
3.22.06	Befordring af elever i grundskolen	25.264	22.923	32.552	30.439	9.629	42
3.22.07	Specialundervisning i regionale tilbud	0	33.462	39.061	9.755	5.599	17
3.22.08	Kommunale specialskoler	310.836	295.875	265.395	295.682	-30.481	-10
3.22.16	Specialpædagogisk bistand til børn i førskolealderen	24.428	22.876	31.102	36.157	8.227	36
3.22.17	Specialpædagogisk bistand til voksne	0	68.174	66.399	70.785	-1.775	-3
4.62.89	Kommunal sundhedstjeneste	28	8.052	8.802	8.321	751	9
5.25.10	Fælles formål	1.782	-1.987	-5.281	-2.085	-3.294	166
5.25.14	Integrerede institutioner	11	1.011	71	319	-940	-93
5.25.15	Fritidshjem	27.170	48.127	40.570	39.025	-7.557	-16
5.25.16	Klubber	8.599	12.324	11.156	8.432	-1.168	-9
5.25.17	Særlige dagtilbud og klubber ES	76.770	91.813	82.743	103.307	-9.070	-10
5.25.17	Særlige dagtilbud og klubber RS	0	0	47	0	47	-
5.35.40	Rådgivningsinstitutioner RS	3.096	2.743	705	5.293	-2.038	-74
5.28.20	Plejefamilier og opholdssteder mv. for børn og unge	8.363	9.841	9.074	6.575	-767	-8
5.28.21	Forebyggende foranstaltninger for børn og unge	75.209	62.020	62.692	49.654	672	1
5.28.23	Døgninstitutioner for børn og unge	64.298	61.193	104.719	65.919	43.526	71

BUF	Total	774.251	843.164	864.932	853.507	21.768	3
------------	--------------	----------------	----------------	----------------	----------------	---------------	----------

a. Afvigelsen i forhold til 2007-budgettet.

Anm.: 2007-tallene er fra det korrigerede budget. 2008-tallene er fra det vedtagne budget.

Kilde: Københavns Kommune.

Tabel 30 Afvigelse mellem budget og regnskab, i 1.000 kr. (2008 P-L)

Funktion		2004	2005	2006	2007
5.28.20	Plejefamilier	5.030	-1.287	-28	3.956
5.28.21	Forebyggende foranstaltninger	9.289	-12.352	-6.522	-2.326
5.28.23	Døgninstitution	-9.488	-7.619	-7.526	-13.611
5.32.32	Pleje og omsorg mv. af ældre og handicappede	5.102	12.609	56.638	59.370
5.32.35	Hjælpe midler	5.850	3.671	6.087	6.820
SOF	Absolutte tal	15.784	-4.978	48.650	54.209
	% (i forhold til budget)	4	-1	11	12

Kilde: Københavns Kommune.

7.3 Ventetid BUF

Tabel 31 Ventelister

Venteliste pr.	Special-daginstitutioner	Basispladser, handicap	Basispladser, psyko-social	Basispladser, immunsvage	Venteliste i alt
10. september 2006	7	10	2	0	19
9. januar 2007	11	20	2	0	33
6. juni 2007	41	31	3	0	75
8. januar 2008	15	14	6	0	35

Kilde: Københavns Kommune.

7.4 Nøgletal på hjemmeplejeområdet

Tabel 32 Oversigt over udvikling i udvalgte nøgletal, hjemmeplejen, pct.

	2006	2007
Forbrug på funktionen	21,6	5,6
Visitationens forbrug	21,6	7,7
Visiterede timer i alt	...	3,5
Leverede timer	...	-1,5
Realiseringsgrad	...	-4,8
Unikke modtagere	3,8	26,2
Timer pr. modtager pr. uge	10,7	-9,4
Enhedspris, funktionen	17,1	-16,3
Enhedspris, visitationen	17,2	-14,6
Pris pr. time, funktionen	5,8	-7,7
Pris pr. time, visitationen	5,9	-5,8

Kilde: Københavns Kommune og Statistikbanken.

7.5 Udvikling i national aktivitet i sundhedsvæsenet

Tabel 33 Udvikling i national aktivitet – BUF

	BUF 0-18-årige	
	Ambulante besøg	Udskrivninger
1997	3.817	595
1998	4.620	618
1999	4.314	567
2000	4.882	702
2001	5.150	641
2002	5.788	832
2003	6.155	950
2004	6.873	903

Tabel 34 Udvikling i national aktivitet – SOF

		Antal ambulante besøg i året	Antal udskrivinger, indlagte	I alt
1997	0-19 år	22.173	3.866	26.039
	20-65 år	145.927	19.157	165.084
	0-65 år	112.388	15.548	127.936
1998	0-19 år	23.713	3.624	27.337
	20-65 år	166.914	19.091	186.005
	0-65 år	129.411	15.472	144.883
1999	0-19 år	26.053	3.734	29.787
	20-65 år	163.599	19.522	183.121
	0-65 år	154.335	15.725	170.060
2000	0-19 år	26.820	4.019	30.839
	20-65 år	201.225	19.563	220.788
	0-65 år	169.333	15.775	185.108
2001	0-19 år	27.294	3.809	31.103
	20-65 år	212.174	20.397	232.571
	0-65 år	181.638	15.820	197.458
2002	0-19 år	28.081	4.225	32.306
	20-65 år	215.849	19.937	235.786
	0-65 år	188.695	16.199	204.894
2003	0-19 år	28.611	4.267	32.878
	20-65 år	226.151	20.068	246.219
	0-65 år	197.489	15.880	213.369
2004	0-19 år	31.325	4.451	35.776
	20-65 år	237.030	20.306	257.336
	0-65 år	208.934	15.728	224.662

7.6 Udgiftsniveauer for 6-byerne

Tabel 35: Nettodrifudsudgifter i 6-byerne, 1.000 kr., 2008 P-L BUF-området

Funktion		År	København	Esbjerg	Odense	Randers	Århus	Aalborg
3.22.04	Pædagogisk og psykologisk rådgivning	2007	46.067	23.027	15.347	18.801	36.348	25.240
		2008	44.964	14.056	34.134	19.160	36.494	24.718
		Ændring	-2	-39	122	2	0	-2
3.22.07	Specialundervisning i regionale tilbud	2007	3.374	1.886	129.857	48.578	89.728	37.270
		2008	-3.156	3.541	14.809	12.782	89.828	37.669
		Ændring	-194	88	-89	-74	0	1
3.22.08	Kommunale specialskoler	2007	263.757	0	0	-420	35.688	107.106
		2008	294.659	0	-21.365	35.952	105.767	104.641
		Ændring	12	0	-	8.651	196	-2
3.22.16	Specialpædagogisk bistand til børn i førskolealderen	2007	29.811	35	0	1.832	2.653	17.277
		2008	31.521	35	0	1.833	17.011	16.852
		Ændring	6	0	0	0	541	-2
3.22.17	Specialpædagogisk bistand til voksne	2007	62.731	9.265	24.655	8.283	52.459	15.841
		2008	73.610	12.892	42.437	9.382	17.401	18.266
		Ændring	17	39	72	13	-67	15
5.25.17	Særlige dagtilbud og klubber RS	2007	91.448	9.195	24.450	9.992	21.862	28.880
		2008	100.219	8.919	26.270	15.536	36.740	29.719
		Ændring	10	-3	7	55	68	3
I alt		2007	497.188	43.408	194.309	87.064	238.739	231.613
		2008	541.817	39.443	96.285	94.645	303.241	231.865
		Ændring	9	-9	-50	9	27	0

Kilde: Københavns Kommune (Statistikbanken).

Tabel 36: Nettodrifudsudgifter i 6-byerne, 1.000 kr., 2008 P-L – SOF-området

Funktion		År	København	Esbjerg	Odense	Randers	Århus	Aalborg
5.28.20	Plejefamilier og opholdssteder mv. for børn og unge	2007	374.982	112.117	145.069	70.942	161.317	161.270
		2008	376.547	119.499	145.977	90.307	193.961	171.662
		Ændring	0	7	1	27	20	6
5.28.21	Forebyggende foranstaltninger for børn og unge	2007	313.663	67.992	89.432	53.554	177.365	123.541
		2008	348.467	64.375	85.149	62.374	173.398	122.129
		Ændring	11	-5	-5	16	-2	-1
5.28.23	Døgninstitutioner for børn og unge	2007	544.589	54.604	120.461	71.070	254.920	103.869
		2008	562.994	54.682	97.456	53.004	250.357	156.957
		Ændring	3	0	-19	-25	-2	51
5.32.32	Pleje og omsorg mv. af	2007	3.112.824	747.435	1.133.672	671.123	1.778.139	1.257.112

	ældre og handicappede	2008	3.129.227	754.398	1.154.211	648.077	1.702.423	1.241.513
		<i>Ændring</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>-3</i>	<i>-4</i>	<i>-1</i>
5.32.35	Hjælpe midler	2007	243.507	88.271	121.197	46.123	134.115	121.467
		2008	245.860	58.045	122.474	56.193	132.733	117.200
		<i>Ændring</i>	<i>1</i>	<i>-34</i>	<i>1</i>	<i>22</i>	<i>-1</i>	<i>-4</i>
I alt		2007	4.589.565	1.070.419	1.609.831	912.813	2.505.857	1.767.259
		2008	4.663.095	1.050.999	1.605.267	909.955	2.452.872	1.809.461
		<i>Ændring</i>	<i>2</i>	<i>-2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>-2</i>	<i>2</i>

Kilde: Københavns Kommune (Statistikbanken).

7.7 Aktivitetsniveau for 6-byerne

Tabel 37: Udvikling i diagnoser – BUF-området

		2005	2006	2007	Ændring, 2005-2007, %
København	Diagnoser	1.824	1.812	1.846	1
	Omkostninger	14.940.826	13.649.223	17.612.965	18
Aalborg	Diagnoser	496	599	608	23
	Omkostninger	2.307.958	3.205.750	5.277.279	129
Århus	Diagnoser	1.358	1.149	1.168	-14
	Omkostninger	8.626.858	6.205.083	9.028.034	5
Randers	Diagnoser	377	361	363	-4
	Omkostninger	1.338.170	1.002.825	1.566.198	17
Esbjerg	Diagnoser	544	531	541	-1
	Omkostninger	2.035.461	216.072.000	3.551.884	75
Odense	Diagnoser	772	704	759	-2
	Omkostninger	2.828.511	3.808.077	3.375.524	19

Kilde: Københavns Kommune, Rehfeld.

Tabel 38: Udvikling i diagnoser – SOF-området

		2005	2006	2007	Ændring, 2005-2007, %
--	--	------	------	------	-----------------------

København	Diagnoser	26.646	27.262	26.437	-1
	Omkostninger	607.061.302	579.474.505	571.953.149	-6
Aalborg	Diagnoser	9.166	8.840	9.561	4
	Omkostninger	92.845.560	110.951.062	115.382.716	24
Århus	Diagnoser	19.838	19.993	18.946	-4
	Omkostninger	213.788.535	211.348.391	207.385.425	-3
Randers	Diagnoser	6.776	6.577	6.779	0
	Omkostninger	46.973.245	43.766.720	46.899.239	0
Esbjerg	Diagnoser	10.764	11.396	10.900	1
	Omkostninger	97.588.477	105.642.876	95.722.126	-2
Odense	Diagnoser	10.629	10.917	11.300	6
	Omkostninger	117.078.497	122.378.795	123.478.133	5

Kilde: Københavns Kommune, Rehfeld og Statistikbanken.

7.8 Anvendte prisoplysninger i vignetanalysen

BUF

Tablet 39: Priser anvendt til vignetanalysen på BUF's område

Tilbud	Gennemsnitlig pris pr. barn
Enkeltintegration	
Enkeltintegration på baggrund af: Generelle indlæringsvanskeligheder	18.000 pr. ugelektion pr. år. (lærerløn) Dertil 50-55.000 kr. pr. år (andre udgifter)
Enkeltintegration på baggrund af: Specifikke indlæringsvanskeligheder	18.000 pr. ugelektion pr. år. (lærerløn) Dertil 50-55.000 kr. pr. år (andre udgifter)
Enkeltintegration på baggrund af: Gennemgribende udviklingsforstyrrelse	18.000 pr. ugelektion pr. år. (lærerløn) Dertil 50-55.000 kr. pr. år (andre udgifter)
Enkeltintegration på baggrund af: Tale- og sprog-vanskeligheder	18.000 pr. ugelektion pr. år. (lærerløn) Dertil 50-55.000 kr. pr. år (andre udgifter)
Specialskole/specialklasserække	
Specialskole/specialklasserække for børn med: Lettere generelle indlæringsvanskeligheder	Hjælpeskoler: 254.000 pr. år.
Specialskole/specialklasserække for børn med: Sværere generelle indlæringsvanskeligheder	392.000 kr. pr. år.
Specialskole/specialklasserække for børn med specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD)	308.000 kr. pr. år.
Specialskole/specialklasserække for børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme)	357.000 kr. pr. år.
Specialskole/specialklasserække for børn med tale-sprogsvanskeligheder	165.000 kr. år.
Øvrige skoletilbud	

Indskolingsklasse	135 – 140.000 kr. år.
Specialfritidshjem/special-KKFO	
Specialfritidshjem/special-KKFO	254.000 kr. pr. år. (svarende specialskole tilbud nr. 2, 3 og 4)
Specialfritidshjem/special-KKFO	124.000 kr. pr. år. (svarende specialskole tilbud nr. 1)
Øvrige tilbud	
Supervision til børnehave	

SOF – børnehandicapområdet

Tabel 40: Priser anvendt til vignetanalysen på børnehandicapområdet

Foranstaltning	Pris pr. år
§ 52, stk. 3, nr. 1: Heldagsklasser	86.000
§ 52, stk. 3, nr. 1: Kommunale dagtilbud	360.000
§ 52, stk. 3, nr. 1: Private dagskoletilbud	98.821
§ 52, stk. 3, nr. 8: Anbringelse af barnet/den unge uden for hjemmet, jf. § 66, nr. 2: Kost- eller efterskole	173.000
§ 52, stk. 3, nr. 8: Anbringelse af barnet/den unge uden for hjemmet, jf. § 66, nr. 4: Privat opholdssted	427.000
Foranstaltning	Pris pr. time
§ 52, stk. 3, nr. 2: Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet	500
§ 52, stk. 3, nr. 3: Familiebehandling	500
§ 52, stk. 3, nr. 6: Personlig rådgiver	200
§ 52, stk. 3, nr. 7: Fast kontaktperson	200
Foranstaltning	Pris pr. døgn
§ 52, stk. 3, nr. 4: Døgnophold for familien	2.815
§ 52, stk. 3, nr. 5: Aflastningsordning, i plejefamilie	**2.211
§ 52, stk. 3, nr. 5: Aflastningsordning, i netværksplejefamilie	Pt. Ingen. Prisen vil afhænge af, hvor mange "følgeudgifter" barnet visiteres til
§ 52, stk. 3, nr. 5: Aflastningsordning, privat opholdssted	Pt. Ingen. Prisen vil afhænge af, hvor mange vederlag barnet visiteres til.
Foranstaltning	Pris pr. ophold
§ 52 stk. 4: Økonomisk støtte til kost og efterskoler – EFTERSKOLEOPHOLD	18.086

* Alle priser er med forbehold for fejlkonteringer og forkert konteringspraksis i det hele taget.

** Denne pris er baseret på et gennemsnit for 133 børn. Prisen for det enkelte barn vil afhænge af visiterede vederlag pr. døgn samt hvor mange døgn de enkelte børn modtager pr. måned.

SOF – hjemmeplejeområdet

Tabel 41: Timepriser anvendt til vignetanalysen på hjemmeplejeområdet

	Socialforvaltningens fritvalgstimepris (omkostningsbaseret)
Personlig pleje	353
Praktisk hjælp	312
Personlig pleje, øvrig tid	537
Indkøbsordning u. call*	130
Indkøbsordning m. call*	156
Tøjvaskeordning*	234

* Pris pr. indkøb/tøjvask (dvs. ikke en timepris). Socialforvaltningen har pt. 2 private leverandører af indkøbsordning, dvs. borgeren bestiller varerne over nettet eller telefon og varerne leveres direkte til døren. Ved indkøbsordning afregnes pr. indkøb i stedet for den leverede tid til en timepris.

7.9 Valg af foranstaltninger i vignetanalyserne

7.9.1 Vignetanalyse i BUF

Tabel 42: Tabel over PPR-distrikternes afgørelse i sag 1-3

	Sag 1 <i>Pige på 6½ år, ADHD</i>				Sag 2 <i>Dreng på 7 år, ADHD</i>				Sag 3 <i>Dreng på 11 år, autisme</i>			
	Imødekommes	Afslag – ingen tilbud til barnet	Afslag – alternativ foranstaltning	Videresendes til central visitation	Imødekommes	Afslag – ingen tilbud til barnet	Afslag – alternativ foranstaltning	Videresendes til central visitation	Imødekommes	Afslag – ingen tilbud til barnet	Afslag – alternativ foranstaltning	Videresendes til central visitation
Bispebjerg			X				X		X			
Østerbro			X					X				X
Nørrebro			X		X				X			
Vesterbro/ Kgs. Enghave	X				X				X			
Valby				X				X				X
Brønshøj/ Vanløse				X				X				X
Indre By		X					X		X			
Amager			X		X				X			

Tabel 43: Tabel over PPR-distrikternes afgørelse i sag 4-6

	Sag 4 <i>Dreng på 7 år, autisme</i>				Sag 5 <i>Dreng på 9 år, indlæringsproblemer</i>				Sag 6 <i>Dreng på 7 år, sprogproblemer</i>			
	Imødekommes	Afslag – ingen tilbud til barnet	Afslag – alternativ foranstaltning	Videresendes til central visitation	Imødekommes	Afslag – ingen tilbud til barnet	Afslag – alternativ foranstaltning	Videresendes til central visitation	Imødekommes	Afslag – ingen tilbud til barnet	Afslag – alternativ foranstaltning	Videresendes til central visitation
Bispebjerg		X*			X				X			
Østerbro				X			X			X*		
Nørrebro	X						X		X			
Vesterbro/Kgs. Enghave	X				X				X			
Valby				X		X*						X
Brønshøj/Vanløse				X				X			X	
Indre By			X		X					X		
Amager	X						X		X			

* Der ønskes yderligere beskrivelse/udredning, før der kan træffes afgørelse

Tabel 44: Oversigt over foranstaltninger i sag 1-3

Visitationsudvalg	Sag 1 <i>Pige på 6½ år med ADHD</i>		Sag 2 <i>Dreng på 7 år med ADHD</i>		Sag 3 <i>Dreng på 11 år med autisme</i>	
	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris
Bispebjerg	Specialskole/-klasserække – Lettere generelle indlæringsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	378.000	Enkeltintegration – specifikke indlæringsvanskeligheder (omfang ikke oplyst)	217.000	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme)	357.000
Østerbro	Skoleudsættelse 1 år og supervision til Børnehaven	-	Specialskole/-klasserække – specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD)	308.000	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme)	357.000
Nørrebro	Indskolingsklasse	140.000	Specialskole/-klasserække – specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD) Specialfritidshjem/KKFO	562.000	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme)	357.000
Vesterbro/Kgs. Enghave	Specialskole/-klasserække – specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD) Specialfritidshjem/KKFO	562.000	Specialskole/-klasserække – specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD) Specialfritidshjem/KKFO	562.000	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme)	357.000

	Sag 1 <i>Pige på 6½ år med ADHD</i>		Sag 2 <i>Dreng på 7 år med ADHD</i>		Sag 3 <i>Dreng på 11 år med autisme</i>	
Visitationsudvalg	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris
Valby	Enkeltintegration – specifikke indlæringsvanskeligheder (9 timer/uge) Specialfritidshjem/KKFO	471.000	Enkeltintegration – specifikke indlæringsvanskeligheder (9 timer/uge)	217.000	Enkeltintegration – gennemgribende udviklingsforstyrrelse (12 timer/uge) Specialfritidshjem/KKFO	525.000
Brønshøj/ Vanløse	Specialskole/-klasserække – specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD)	308.000	Specialskole/-klasserække – specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD) Specialfritidshjem/KKFO	562.000	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelse	357.000
Indre By	Indskolingsklasse overvejes	140.000	Enkeltintegration – specifikke indlæringsvanskeligheder (9 timer/uge)	217.000	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme)	357.000
Amager	Indskolingsklasse	140.000	Specialskole/-klasserække -specifikke indlæringsvanskeligheder (ADHD) Specialfritidshjem/KKFO	562.000	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme) Specialfritidshjem/KKFO	611.000
<i>Gennemsnit</i>		<i>305.571</i>		<i>400.875</i>		<i>409.750</i>
<i>Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit</i>		<i>84 %</i>		<i>40 %</i>		<i>49 %</i>

Tabel 45: Oversigt over foranstaltninger i sag 4-6

	Sag 4 <i>Dreng med 7 år med autisme</i>		Sag 5 <i>Dreng på 9 år med indlæringsvanskeligheder</i>		Sag 6 <i>Dreng på 7 år med sprogvanskeligheder</i>	
Visitationsudvalg	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris
Bispebjerg	<i>Afslag pga. behov for yderligere udredning</i>	-	Specialskole/-klasserække – sværere generelle indlæringsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	646.000	Specialskole/-klasserække – tale-sprogvanskeligheder	165.000
Østerbro	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme)	357.000	Specialklasserække – lettere generelle indlæringsvanskeligheder	254.000	<i>Afslag – der ønskes bedre undersøgelse og beskrivelse</i>	-

	Sag 4 <i>Dreng med 7 år med autisme</i>		Sag 5 <i>Dreng på 9 år med indlæringsvanskeligheder</i>		Sag 6 <i>Dreng på 7 år med sprogvanskeligheder</i>	
Visitationsudvalg	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris	Foranstaltning	Pris
Nørrebro	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme) Specialfritidshjem/KKFO	611.000	Specialskole/-klasserække for børn med: Sværere generelle indlæringsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	646.000	Specialskole/-klasserække for børn med tale-sprogsvanskeligheder	165.000
Vesterbro/Kgs. Enghave	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme) Specialfritidshjem/KKFO	611.000	Specialskole/-klasserække – sværere generelle indlæringsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	646.000	Specialskole/-klasserække – tale-sprogsvanskeligheder	165.000
Valby	Enkeltintegration – gennemgribende udviklingsforstyrrelse (12 timer/uge) Specialfritidshjem/KKFO	611.000	<i>Afslag – der ønskes bedre undersøgelse og beskrivelse</i>		Enkeltintegration – tale- og sprogsvanskeligheder (5 timer/uge)	145.000
Brønshøj/Vanløse	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelse (autisme) Specialfritidshjem/KKFO	611.000	Specialskole/-klasserække for børn med: Lettere generelle indlæringsvanskeligheder	254.000	Indskolingsklasse	140.000
Indre By	Specialskole/-klasserække – lettere generelle indlæringsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	378.000	Specialskole/-klasserække – sværere generelle indlæringsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	646.000	Barnet tilbydes specialundervisning med intensiv tale-høre-bistand i perioder	-
Amager	Specialskole/-klasserække – gennemgribende udviklingsforstyrrelser (autisme) Specialfritidshjem/KKFO	611.000	Specialskole/-klasserække – lettere generelle indlæringsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	378.000	Specialskole/-klasserække – tale-sprogsvanskeligheder Specialfritidshjem/KKFO	289.000
<i>Gennemsnit</i>		541.429		495.714		178.167
<i>Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit</i>		13 %		30 %		62 %

7.9.2 Vignetanalyse i SOF – børnehandicap

Tabel 46: Valg af foranstaltninger i sag 1 og 2

	Sag 1 <i>Udviklingshæmmet barn, 6 år. Ønske om aflastning</i>		Sag 2 <i>15-årig pige med udiagnosticerede psykiske problemer og massivt skolefravær. Ønske om dagtilbud</i>	
Sagsbehandler	Foranstaltning	Pris pr. år	Foranstaltning	Pris pr. år
1	Ingen foranstaltning	0	Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, 6 timer/mdr.	36.000
2	Aflastning – netværksplejefamilie, 3 dage/mdr.	79.596*	Privat dagskoletilbud 98.821 <i>Sekundær:</i> Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, 20 timer/mdr.	218.821
3	Aflastning – plejefamilie, 2 dage/mdr.	53.064	Privat dagskoletilbud <i>Sekundær:</i> Fast kontaktperson, 24 timer/mdr.	156.421
4	Ingen foranstaltning	0	Privat dagskoletilbud <i>Sekundær:</i> Fast kontaktperson, 50 timer/mdr.	218.821
5	Aflastning – plejefamilie, 2 dage/mdr. <i>Sekundær:</i> Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, 8 timer/mdr.	101.064	Familiebehandling, 12 timer/mdr.	72.000
6	Aflastning – plejefamilie, 7 dage/mdr.	185.724	Økonomisk støtte til kost og efterskoler	18.086
7	Aflastning – plejefamilie, 4 dage/mdr.	106.128	Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, 12 timer/mdr. Fast kontaktperson, antal timer ikke opgivet. Anslås til 20 timer/mdr.	120.000
8	Ingen foranstaltning	0	Heldagsklasse <i>Sekundær:</i> Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, 12 timer/mdr.	158.000
<i>Gennemsnit</i>		65.697	<i>Gennemsnit</i>	124.769
<i>Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit</i>		182 %	<i>Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit</i>	75 %

* Prisen for netværksplejefamilie er baseret på de oplyste priser for plejefamilie, da der ikke er oplyst priser for den pågældende foranstaltning.

Tabel 47: Valg af foranstaltninger i sag 3-5

Sagsbehandler	Sag 3 16-årig dreng med Aspergers. Ønske om specialefterskole		Sag 4 14-årig dreng med mental retardering, spasticitet mv. Ønske om aflastning		Sag 5 17-årig pige med Aspergers og ADD. Ønske om specialiseret skoletilbud	
	Foranstaltning	Pris pr. år		Pris pr. år	Foranstaltning	Pris pr. år
1	Økonomisk støtte til kost og efterskoler	18.086	Aflastningsordning, privat opholdssted, 3 dage/mdr.	79.596**	Ingen foranstaltning	0
2	Anbringelse af barnet/den unge uden for hjemmet, Kost- eller efterskole <i>Sekundær: Personlig rådgiver, 20 timer/mdr.</i>	221.000	Aflastningsordning, i plejefamilie, 4 dage/mdr.	106.128	Kommunalt dagtilbud	360.000
3	Økonomisk støtte til kost og efterskoler <i>Sekundær: Fast kontaktperson, 24 timer/mdr.</i>	75.686	Aflastningsordning, i plejefamilie, 6 dage/mdr.	159.192	Privat dagskoletilbud	98.821
4	Fast kontaktperson, 20 dage/mdr.	48.000	Aflastningsordning, i plejefamilie, 4 dage/mdr.	106.128	Privat dagskoletilbud	98.821
5	Fast kontaktperson, 20 timer/mdr.	48.000	Aflastningsordning, i plejefamilie, 2 dage/mdr.	53.064	Privat dagskoletilbud	98.821
6	Ingen foranstaltning	0	Ingen foranstaltning	0	Ingen foranstaltning	0
7	Ingen foranstaltning	0	Ingen foranstaltning	0	Fast kontaktperson, 14 timer/mdr.	33.600
8	Ingen foranstaltning	0	Ingen foranstaltning	0	Personlig rådgiver, 20 timer/mdr.	48.000
<i>Gennemsnit</i>		<i>51.347</i>	<i>Gennemsnit</i>	<i>63.014</i>	<i>Gennemsnit</i>	<i>92.258</i>
<i>Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit</i>		<i>330 %</i>	<i>Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit</i>	<i>153 %</i>	<i>Procentmæssig forskel på dyreste løsning og gennemsnit</i>	<i>290 %</i>

** Prisen for aflastning på privat opholdssted sættes til prisen for plejefamilie, da der ikke er oplyst særskilt pris for denne foranstaltning