



# Tre benchmarkinganalyser på det sociale område

Juni 2017

**Forfattere:**

Christopher Engel-Andreasen, Line Planck Kongstad, Marie Kruse & Kim Rose Olsen  
*COHERE, Institut ved Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet*

Peter Bogetoft, Daniel Borowczyk-Martins, Sofie Bødker, Mette Lunde Christensen & Edith  
Madsen  
*CEBR, Centre for Economic and Business Research, Copenhagen Business School*

Marie-Louise Nielsen, Henrik Petersen & Søren Birkemose Schnack  
*PricewaterhouseCoopers*

## Forord

Denne rapport er udarbejdet for Børne- og Socialministeriet. Opdraget til rapporten er baseret på Satspuljeordførernes ønske om, at undersøge, om benchmarkinganalyser kan bidrage til at give kommunerne et bedre grundlag for at målrette indsatserne og sammenligne kommunernes resultater på det sociale område. Overordnet set konkluderer rapporten, at benchmarkinganalyser kan bidrage med vigtig viden om forskelle kommunerne imellem, der – kombineret med dialog mellem kommunerne – kan være et godt redskab for kommunerne. Det er dog vigtigt at pointere, at analyserne ikke kan stå alene, men at de netop skal benyttes som inspiration til, hvilke kommuner man potentielt kan lære af. Der er til dette formål udarbejdet et online, interaktivt benchmarkingværktøj, som den enkelte kommune kan bruge.

En anden vigtig konklusion er, at der er en række dataområder, der endnu ikke er gode nok til at indgå i analyserne – herunder især data om ressourceforbrug.

Vi håber, at rapporten og det online-benchmarkingværktøj kan bruges til at skabe dialog mellem kommunerne.

Vi vil gerne takke Birgitte Hysse Forchhammer for sparring og gennemlæsning af kapitlet om personer med hjerneskade, Morten Hesse for sparring og gennemlæsning af kapitlet om personer i stofmisbrugsbehandling, Signe Hald og Susie Andersen for sparring og gennemlæsning af kapitlet om unge i behandling for psykiske problemer, samt Ben Sand for sparring omkring økonometrisk metode. Endvidere ønsker vi at takke Camilla Nejst for sparring og gennemlæsning af kapitlet om personer med hjerneskade og Charlotte Glintborg for at kommentere på udvalgte afsnit i samme kapitel.

God læselyst

Kim Rose Olsen  
Lektor, Analysechef COHERE  
Syddansk Universitet

Mette Lunde Christensen  
Lektor, Centerleder CEBR  
Copenhagen Business School

<b>Sammenfatning.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Indledning.....</b>	<b>21</b>
1.1 Baggrund og formål .....	21
1.2 Valg af målgrupper .....	21
1.3 Metode og præmisser for benchmarkinganalyserne .....	22
1.4 Data på kommunernes anvendte ressourcer, kvalitetsvariable og kommunale rammevilkår .....	26
1.5 Hvad kan man bruge benchmarkinganalyserne til.....	29
1.6 Det interaktive værktøj.....	30
1.7 Rapportens indhold.....	30
<b>2 Hvad er en benchmarkinganalyse?.....</b>	<b>32</b>
2.1 Økonometrisk model til at korrigere for rammevilkår på individniveau .....	32
2.2 Hvad er en benchmarkinganalyse? .....	33
2.1 Forskellige tilgange.....	34
2.2 DEA-metoden .....	36
2.2.1 Aggregerede indeks for resultaterne .....	37
2.2.2 Retningsbestemte potentialer.....	38
<b>3 Benchmarkinganalyser på det sociale område.....</b>	<b>40</b>
<b>4 Datagrundlag.....</b>	<b>46</b>
4.1 Nyere data ved opdatering af benchmarkinganalysen .....	47
<b>5 Personer med hjerneskade .....</b>	<b>49</b>
5.1 Kommunens opgaver for målgruppen .....	49
5.2 Definition og beskrivelse af målgruppen.....	51
5.3 Definition og beskrivelse af resultatmål .....	56
5.4 Rammevilkår på individniveau .....	66
5.5 Resultater .....	69
5.5.1 Hvilke rammevilkår på individniveau påvirker resultatmålet.....	69
5.5.2 Bør man korrigere for kommunernes rammevilkår på individniveau? .....	72
5.5.3 Følsomhedsanalyser .....	80
5.5.4 Resultater fra benchmarkinganalysen (DEA) .....	82
5.6 Diskussion .....	85
<b>6 Personer med stofmisbrug .....</b>	<b>90</b>
6.1 Kommunens opgaver for målgruppen .....	90
6.2 Definition og beskrivelse af målgruppen.....	91
6.3 Definition og beskrivelse af resultatmål .....	98
6.4 Rammevilkår på individniveau .....	112
6.5 Resultater .....	115
6.5.1 Hvad er betydningen af de individuelle rammevilkår? .....	115
6.5.2 Resultater fra benchmarkinganalysen (DEA) .....	126
<b>7 Unge i behandling for psykiske problemer .....</b>	<b>130</b>
7.1 Kommunens opgaver for målgruppen .....	130
7.2 Definition og beskrivelse af målgruppen.....	131
7.3 Beskrivelse af analysepopulationen .....	134

7.4	Definition og beskrivelse af resultatmål .....	136
7.5	Rammevilkår på individniveau .....	138
7.6	Resultater .....	140
7.6.1	Hvad er betydningen af de individuelle rammevilkår? .....	141
7.6.2	Resultater fra benchmarkinganalysen (DEA) .....	150
<b>8</b>	<b>Erfaringer med ressource- og kvalitetsvariabler, samt rammevilkår på kommuneniveau.....</b>	<b>153</b>
8.1	Erfaringer med ressource – og kvalitetsvariabler, samt rammevilkår på kommuneniveau .....	153
8.2	Det indsamlede datamateriale .....	153
8.3	Begrundelse for ikke at benytte ressource –, kvalitets og rammevilkårsvariable i den endelige benchmarkinganalyse .....	157
<b>9</b>	<b>Beskrivelse af det interaktive værktøj .....</b>	<b>161</b>
<b>10</b>	<b>Samlet konklusion .....</b>	<b>163</b>
<b>11</b>	<b>Litteratur .....</b>	<b>167</b>
<b>1</b>	<b>Bilag – metode .....</b>	<b>170</b>
1.1.1	DEA-modellerne .....	170
<b>2</b>	<b>Bilag – Personer med hjerneskade .....</b>	<b>178</b>
2.1	Målgruppe.....	178
2.2	Variabelbeskrivelse.....	182
2.3	Resultater .....	185
2.3.1	Deskriptivt.....	185
2.3.2	Regressionskoefficienter .....	189
2.3.3	De estimerede kommune-specifikke effekter og tilhørende konfidensintervaller .....	191
<b>3</b>	<b>Bilag – Personer i behandling for stofmisbrug.....</b>	<b>193</b>
3.1	Fordeling af personer i analysepopulationen over kommunerne.....	193
3.2	Variabel definitioner: Resultatmål og baggrundskarakteristika.....	196
3.3	Resultater fra regressionsanalyserne .....	202
<b>4</b>	<b>Bilag – Unge i behandling for psykiske problemer .....</b>	<b>208</b>
4.1	Fordeling af personer i analysepopulationen over kommuner .....	208
4.2	Variabel definition af resultatmål og baggrundskarakteristika .....	211
4.3	Resultater fra regresionsanalyserne .....	213
<b>5</b>	<b>Bilag ressource, kvalitets og rammevilkår og enhedspriser på kommuneniveau .....</b>	<b>217</b>
5.1	Data og datakilder.....	217
5.2	Kommunernes ressourceforbrug og beregning af enhedspriserne .....	219
5.2.1	Personer med hjerneskade .....	221
5.2.2	Personer i stofmisbrugsbehandling .....	223
5.2.3	Unge i behandling for psykiske problemer .....	226
5.3	Kommunens organisering af indsatsen (kvalitetsvariabler) .....	228
5.4	Kommunens rammevilkår på kommuneniveau.....	231



# Sammenfatning

Dette afsnit giver en kort, overordnet sammenfatning af analysens formål og hovedresultater. For alle detaljer, præcise definitioner osv. henvises til de relevante kapitler i nærværende rapport.

Satspuljepartierne afsatte i 2015 midler til analyser med henblik på at "sikre et bedre vidensgrundlag for udvikling af benchmarking på det sociale område", herunder "at komme med konkrete eksempler på, hvor man inden for udvalgte dele af socialområdet og på tværs af indikatorer, kan måle socialpolitikken". Denne analyse er nu gennemført på kommuneniveau, og der er på den baggrund draget en række konklusioner, som er opsummeret nedenfor og præsenteret nærmere i denne sammenfatning. Overordnet set vurderes det, at benchmarkinganalyser kan udføres på det sociale område således, at de kan bidrage til et bedre vidensgrundlag til at udvikle indsatserne. Det er dog også klart, at benchmarkinganalyserne ikke kan stå alene, men skal bruges til at facilitere en dialog kommunerne imellem. Det har derfor været et bevidst valg, at der i rapporten ikke er så meget fokus på at rangordne kommuner. I stedet er der udviklet et onlineværktøj, kommunerne kan bruge til at understøtte denne dialog. Derudover peges der på en række områder, hvor der med fordel kan sættes ind for at gøre analysemulighederne bedre:

- En benchmarkinganalyse baseres på en række resultatmål. Det er vigtigt, at resultatmålene er relevante og dækkende for den målgruppe, der analyseres. For at analyserne kan gennemføres på kommuneniveau, skal der være nok borgere i målgruppen i alle kommuner. Det betyder, at målgruppen risikerer at blive for bred til at kunne dækkes af få resultatmål. Der bør derfor fremadrettet arbejdes med at udvide resultatmålenes bredde.
- Når man laver kommunale sammenligninger, er det vigtigt at korrigere for kommunernes rammevilkår på individniveau for ikke at overvurdere potentialerne for forbedringer. Registerdata er en god kilde til dette arbejde.

- Der er i projektet gjort en grundig indsats for at undersøge, om nationalt tilgængelige data kan benyttes til at give et billede af kommunernes ressourceforbrug på de analyserede målgrupper. Det vurderes, at det eksisterende data på ressourceforbrug på nuværende tidspunkt ikke kan knyttes til målgrupperne og de indsatser, de har modtaget, i tilstrækkelig grad. Det ses da også af analyserne datamaterialet, at der ingen sammenhæng er imellem de indsamlede resourcedata og resultatmål. Der bør derfor arbejdes på at få bedre resourcedata.
- En benchmarkingøvelse er i sagens natur en statisk øvelse, hvor man sammenligner kommunerne på ét bestemt tidspunkt. Det kan derfor være nyttigt at gentage en benchmarkingøvelse over en årrække, da dette vil give et mere dynamisk billede af kommunernes resultater over tid.

### **Baggrund og formål**

Tanken bag analysen, som satspuljepartierne efterspurgte, var, at den bl.a. skulle bidrage til at give kommunerne et bedre grundlag for både at målrette indsatsen og sammenligne resultater mellem kommunerne.

Analysen skal komme med konkrete eksempler på, hvordan man inden for udvalgte dele af socialområdet og på tværs af resultatmål kan sammenligne kommunernes resultater. Formålet med denne analyse kan derfor ses som bestående af to dele: 1) At foretage en benchmarkinganalyse af kommunerne for tre udvalgte målgrupper på socialområdet, og 2) derigennem afdække muligheden for at lave benchmarkinganalyser på det sociale område.

I opdraget fremgik det, at målgrupperne for analysen skulle falde ind under en eller flere af tre hovedgrupper: Udsatte børn og unge, udsatte voksne og familier samt personer med handicap og ældre. Derudover var det et krav, at der i videst muligt omfang skulle være fokus på forebyggelse, progression, resocialisering eller rehabilitering. Ydermere var det en præmis, at analysen skulle



være registerbaseret, samt at analysen så vidt muligt skulle være landsdækkende. I samråd med opdragsgiver blev følgende tre målgrupper udvalgt:

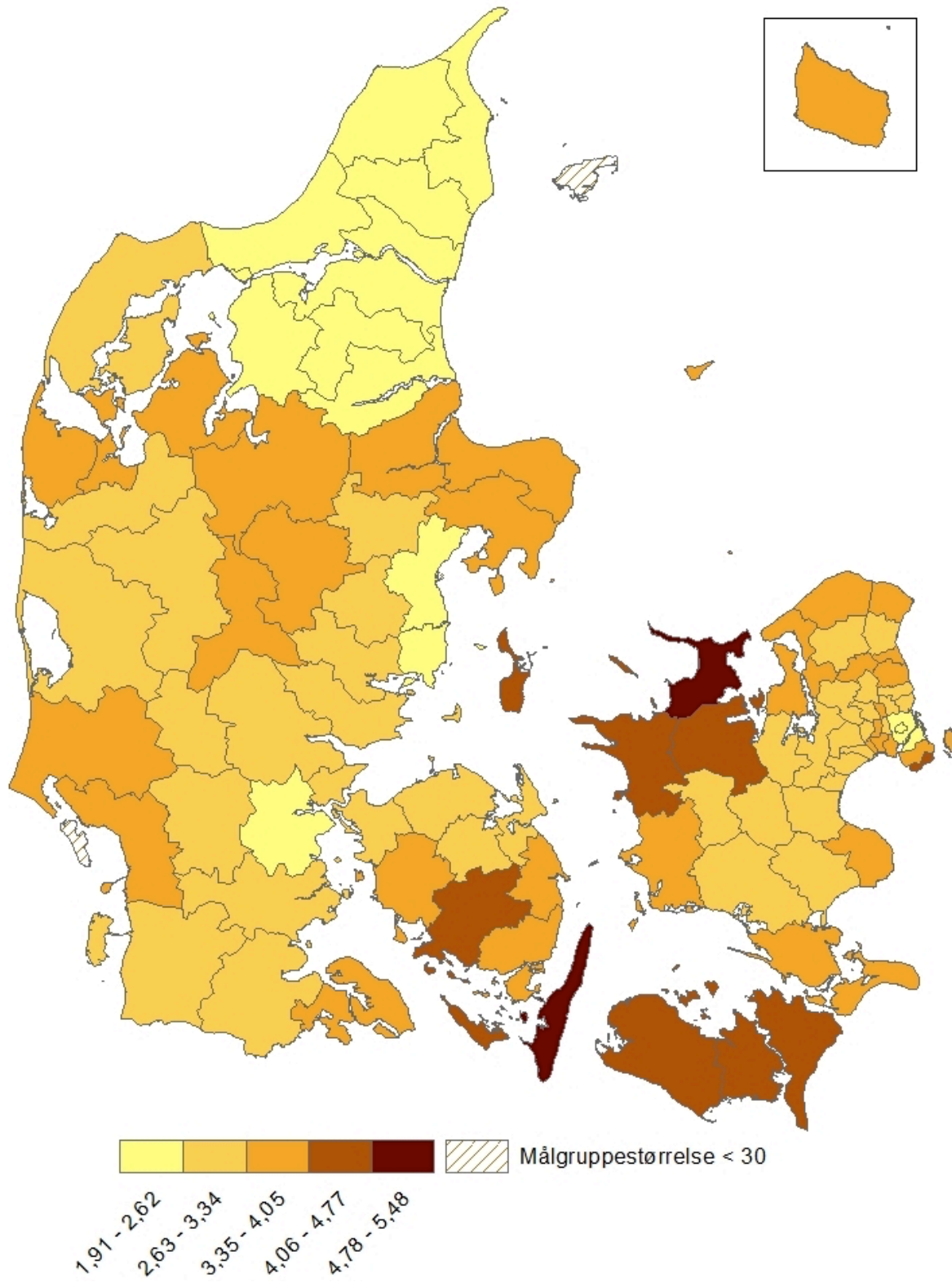
1. Voksne over 18 år med erhvervet hjerneskade
2. Personer i behandling for stofmisbrug
3. Unge i behandling for psykiske problemer

De tre målgrupper er udvalgt med henblik på at fokusere på områder, hvor der er en betydelig kommunal indsats, samtidig med at det er områder, som oppebærer store omkostninger, både for det enkelte menneske og i kommunal sammenhæng.

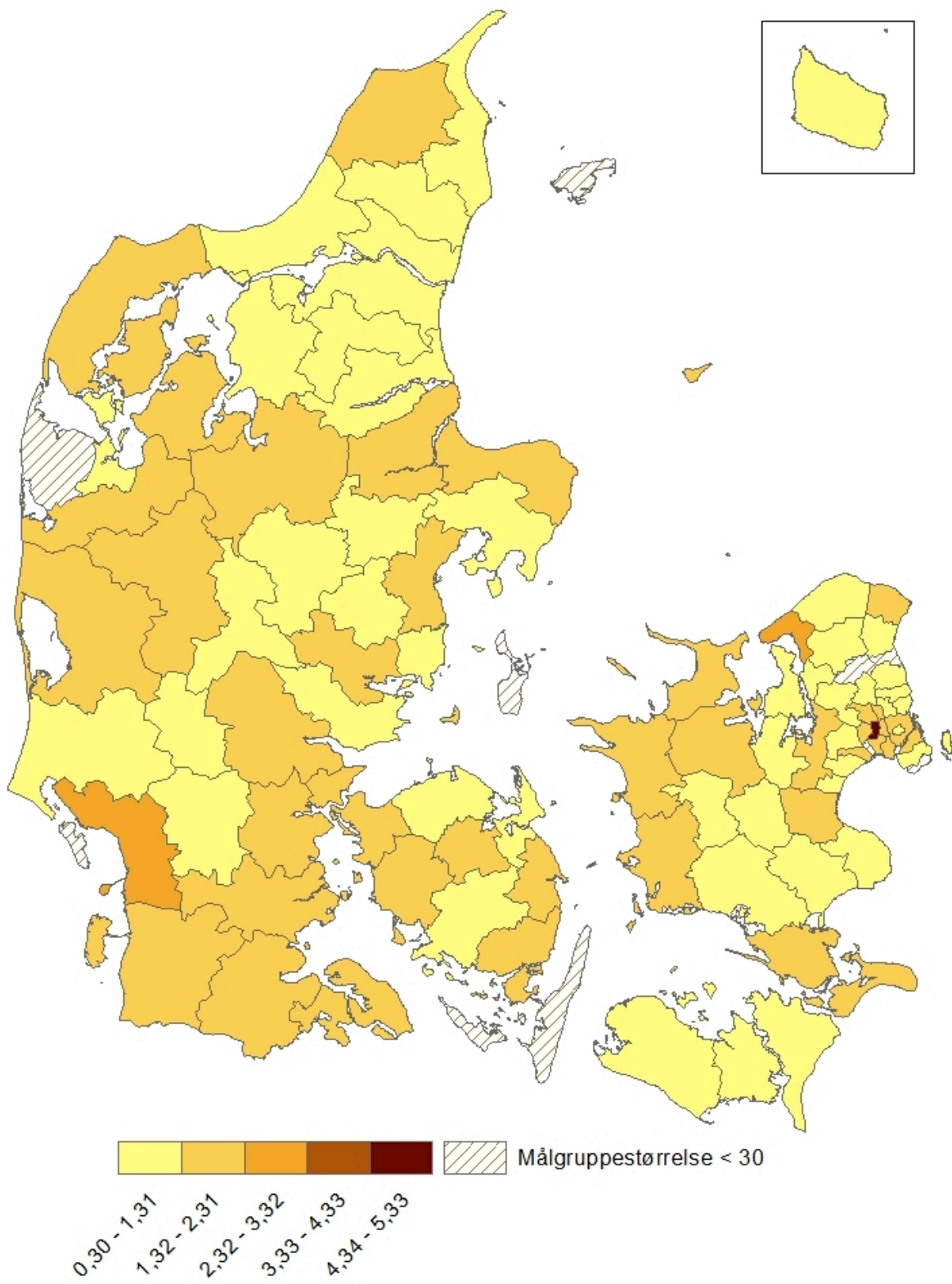
Der er forskellige udfordringer forbundet med at identificere hver gruppe præcist i de tilgængelige registre, sådan at man er sikker på, at målgruppen stemmer fuldstændig overens med de personer, som faktisk har modtaget en kommunal indsats. Mens personer med hjerneskade kan opgøres ret præcist baseret på diagnosekoder i Landspatientregisteret, kan man for de andre målgrupper kun finde de personer, der er eller har været i behandling for hhv. stofmisbrug og psykisk sygdom. Det betyder, at de analyserede målgrupper relateret til stofmisbrug og unge i behandling for psykiske problemer er mindre end den faktiske målgruppe, kommunen håndterer, da der formentligt findes personer med stofmisbrug i anonym behandling og unge med psykiske problemer, som ikke er i behandling. Omvendt gælder det for målgruppen personer med hjerneskade, der både rummer personer med og uden et behov for rehabilitering efter hjerneskaden, at man ikke med sikkerhed ved, hvilke personer der er blevet henvist til kommunal rehabilitering. Det betyder at den identificerede målgruppe sandsynligvis er for stor i forhold til den faktiske målgruppe, som kommunen har et rehabiliteringsansvar for.

Når dette er sagt, så er registerdata på nuværende tidspunkt den bedste kilde til identifikation af målgrupper, der findes, når analysen skal være landsdækkende. Figur 1- Figur 3 angiver antallet af personer i målgruppen pr. 1.000 indbyggere i kommunen opgjort i fem intervaller.

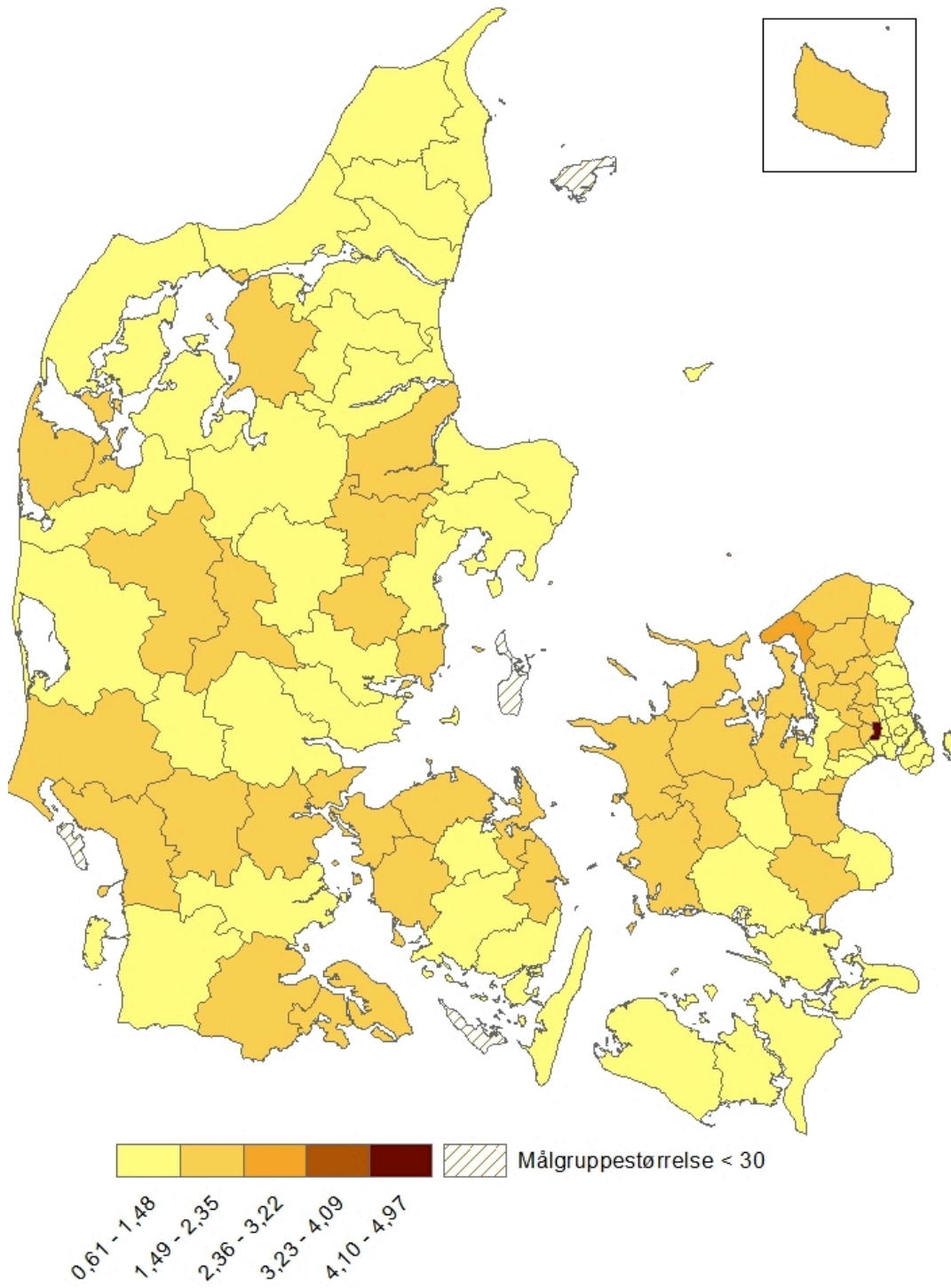
Figur 1: Antal voksne personer med erhvervet hjerneskade pr. 1.000 indbyggere i kommunen (gennemsnit pr. år i perioden 2010-2012)



Figur 2: Antal personer i stofmisbrugsbehandling pr. 1.000 indbyggere i kommunen (gennemsnit pr. år i perioden 2010-2012)



Figur 3: Antal unge i behandling for psykiske problemer pr. 1.000 indbyggere i kommunen (gennemsnit pr. år i perioden 2010-2012)



## **Sammenhængen mellem ressourceforbrug og indsatser overfor målgrupperne er svag**

En fordel ved benchmarkinganalyser er, at de kan måle på efficiens. Med efficiens menes analyser af, hvor mange ressourcer der benyttes for at opnå de pågældende resultatmål. I en efficiensanalyse er det altså ikke nok at opnå bedre resultatmål – det betyder også noget, hvor mange ressourcer der bruges på at opnå resultaterne.

Vi har indsamlet variabler for kommunernes ressourcer til de tre målgrupper via de kommunale regnskaber, KRLs lønstatistik og Sundhedsstyrelsen. For målgruppen af personer i stofmisbrugsbehandling anvender vi kommunens samlede ressourceforbrug til stofmisbrugsbehandling. For målgruppen med erhvervet hjerneskade anvender vi kommunernes udgifter til rehabilitering, der også dækker anden rehabilitering end rehabilitering til personer med erhvervet hjerneskade, samt puljen til genoptræning i forløbsprogrammet. For målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer anvender vi kommunens udgifter til forebyggende foranstaltninger, som en del af denne målgruppe har modtaget. Analyser af datamaterialet har imidlertid vist, at for ingen af de tre målgrupper findes der nogen stærk sammenhæng mellem de målte ressourcer og resultaterne. Selv ikke for gruppen af personer i stofmisbrugsbehandling er der en sammenhæng, til trods for at denne gruppe ellers netop er dén med den mest præcise opgørelse af ressourceforbruget til stofmisbrugsbehandlingen. Manglende sammenhæng mellem ressourcer og resultater kan være et tegn på, at det ikke fører til bedre resultater at øge ressourceforbruget. Baseret på vores analyser af datamaterialet er det dog vores vurdering, at den manglende sammenhæng i højere grad skyldes et ufuldstændigt datamateriale. Fx har det kun været muligt at inkludere ressourceforbruget relateret til selve stofmisbrugsbehandlingen for personer i behandling for stofmisbrug – ikke ressourceforbruget relateret til beskæftigelsesindsatser, der skal hjælpe målgruppen i beskæftigelse, eller kriminalpræventive indsatser, der skal holde dem fri af kriminalitet. Den samme problematik gør sig i endnu højere grad gældende for de andre to målgrupper, hvor det ressourceforbrug, der findes data på, dels kun

dækker en del af målgruppen, og hvor man derudover heller ikke har det samlede ressourceforbrug anvendt til den samlede vifte af indsatser, kommunerne har givet målgrupperne. En anden årsag til den svage sammenhæng kan være, at kommunernes data på det specialiserede socialområde ikke altid kan sammenlignes på tværs af kommuner (KORA, 2017)<sup>1</sup>. Det er således ikke muligt med de eksisterende data at lave en kobling imellem målgrupper og ressourceforbrug, der er meningsfuld. De gennemførte benchmarkinganalyser tager derfor ikke ressourceforbrug i betragtning. Analyserne i denne rapport udtaler sig af den grund ikke om efficiens.

### **En benchmarkinganalyse kan ikke stå alene**

Uanset hvor gode data, der er til rådighed, kan en benchmarkinganalyse ikke stå alene. Det er der flere grunde til. En benchmarkinganalyse er en relativ øvelse forstået på den måde, at man sammenligner kommunerne med hinanden. Analysen kan altså ikke sige noget om, hvorvidt det generelle niveau er højt eller lavt. I princippet kan alle gøre det godt eller dårligt sammenlignet med en faglig standard. En benchmarkinganalyse undersøger således forskellene mellem kommunerne, og benchmarkinganalyserne kan således ikke sige noget om, hvorvidt fx beskæftigelsesgraden hos stofmisbrugerne generelt er høj nok, eller om kommunerne med den højeste beskæftigelsesgrad ligger under eller over det ønskværdige niveau. Det er også vigtigt at slå fast, at en benchmarkinganalyse ikke kan påvise kausale sammenhænge mellem indsatser og resultater. Benchmarkinganalyser kan kun anvendes som et redskab til at vise forskelle mellem kommuner på udvalgte resultatmål.

En benchmarkinganalyse er også i sagens natur en statistisk øvelse, der sammenligner – i dette tilfælde kommunernes – resultater på tværs af instanser på et bestemt tidspunkt. Det kan derfor være nyttigt at gentage en benchmarkinganalyse over en årrække, da dette vil give et billede af udviklingen i kommunernes resultater over tid.

<sup>1</sup> Kollin, S. K., et al. (2017). Kobling af udgifter og aktiviteter på det specialiserede børneområde - Analyse af udfordringer og anbefalinger til forbedring af datagrundlaget København, KORA.  
Lemvig, K. and B. Panduro (2017). Kobling af udgifter og aktiviteter på det specialiserede voksenområde - Analyse af udfordringer og anbefalinger til forbedring af datagrundlaget København, KORA.

Alt i alt bør resultaterne af benchmarkinganalyserne fortolkes med forsigtighed, og forklaringerne på, hvorfor nogle kommuner klarer sig bedre, bør findes ved erfaringsudveksling kommunerne imellem, ved egentlige effektevalueringer af de specifikke indsatser eller ved mere kvalitative studier.

For bedre at facilitere erfaringsudveksling mellem kommunerne er der i forbindelse med rapporten udarbejdet et onlineværktøj, hvor kommunerne kan trække individuelle rapporter om resultaterne af benchmarkinganalysen. En sådan rapport indeholder information om kommunens egne resultater og derudover også for hver kommune en konkret liste af kommuner, som analysen finder kunne være oplagte at sammenligne sig med.<sup>2</sup> Værktøjet giver dermed et konkret bud på, hvilke andre kommuner man kan drage nytte af at udveksle erfaringer med. Målet med værktøjet er at give kommunerne et redskab og noget viden om, hvilke kommuner de hver især med fordel kan indgå i en dialog med.

Onlineværktøjet kan findes her: [www.ibensoft.com/social](http://www.ibensoft.com/social)

### **Flere resultatmål for den enkelte målgruppe giver en mere anvendelig analyse**

En benchmarkinganalyse er en statistisk øvelse. For at målgrupperne kan blive store nok til at gennemføre meningsfulde statistiske analyser, er det derfor nødvendigt at definere målgrupperne relativt bredt. Gruppen af personer med hjerneskade indeholder fx både apopleksipatienter og patienter med en traumbaseret hjerneskade. Gruppen af stofmisbrugere i behandling indeholder fx både yngre og ældre personer og alle typer af stofmisbrug. Resultatmålenes relevans kan variere mellem undergrupperne i de valgte målgrupper, og det er derfor vigtigt at benytte sammensatte eller flere resultatmål – fx ved at se på både uddannelse og beskæftigelse, hvis der er et stort aldersspænd i målgruppen. Vi har anvendt en benchmarkingmetode, der kan håndtere flere resultatmål ad gangen. Jo flere relevante resultatmål, der kan inddrages, jo større er

---

<sup>2</sup> Dette er inspirationskommunerne i onlineværktøjet

sandsynligheden for, at de dækker alle i målgruppen. Vi har desuden lagt os fast på, at der skal være mindst 30 personer i målgruppen i hver kommune. Det betyder, at ikke alle 98 kommuner indgår i analysen.

En præmis for analysen har været, at den skulle gennemføres på centralt tilgængelige data og at den skulle være landsdækkende, så vidt det er muligt. Der har derfor været fokus på at finde registerbaserede resultatmål for de tre målgrupper. Resultatmål bør være relevante for borgere og kommuner, være brede i den forstand, at de er følsomme nok til at måle forbedringer for målgruppen, og endelig skal de være målbare i de tilgængelige datakilder. På linje med regeringens mål for social mobilitet har vi i denne rapport lagt et betydeligt fokus på beskæftigelse og uddannelse som resultatmål (Regeringen, 2016).<sup>3</sup> Et entydigt fokus på beskæftigelse og uddannelse indebærer dog en risiko for 1) at vægten lægges på at forbedre beskæftigelse og uddannelse, og ikke på faktorer så som fx funktionsniveau og trivsel og 2) kun at benchmarke kommunerne på deres indsatser for en undergruppe af den samlede målgruppe, fordi målgrupperne er nødt til at være defineret relativt bredt. Fx er der kun en forholdsvis lille andel af personer med hjerneskade, der var i beskæftigelse inden hjerneskaden indtraf.

Fremadrettet mener vi derfor, det er vigtigt at arbejde med at udvide resultatmålenes bredde. I Boks 1 ses de ni resultatmål, der indgår for de tre målgrupper:

---

<sup>3</sup> Regeringen (2016). 10 mål for social mobilitet.



**Boks 1: Resultatmål for de tre målgrupper**

<b>Voksne med erhvervet hjerneskade</b>	<p><i>Beskæftigelse:</i> Hvor stor en procentdel opnår mindst en måneds beskæftigelse i perioden 12-24 måneder efter udskrivningsdatoen fra sygehuset?</p> <p><i>Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade:</i> Hvor stor en procentdel af personer med hjerneskade er uden efterfølgende psykiske komplikationer?</p> <p><i>Fravær af psykiske komplikationer hos partneren til personer med hjerneskade:</i> Hvor stor en procentdel af partnerne til personer med hjerneskade er uden efterfølgende psykiske komplikationer?</p>
<b>Personer i behandling for stofmisbrug</b>	<p><i>Beskæftigelse:</i> Hvor stor en procentdel opnår mindst en måneds beskæftigelse i perioden 12-24 måneder efter behandlingsforløbets start?</p> <p><i>Uddannelse:</i> Hvor stor en procentdel er under uddannelse mindst en måned i perioden 12-24 måneder efter behandlingsforløbets start?</p> <p><i>Kriminalitet:</i> Hvor stor en procentdel er ikke-kriminelle i et helt år, når de har været i behandling?</p>
<b>Unge i behandling for psykiske problemer</b>	<p><i>Uddannelse:</i> Hvor stor en procentdel har afsluttet eller er i gang med ungdomsuddannelse?</p> <p><i>Karakter i 9. klasse - dansk:</i> Hvor stor en procentdel har fået mindst 2 ved folkeskolens afgangseksamen i dansk?</p> <p><i>Karakter i 9. klasse - matematik:</i> Hvor stor en procentdel har fået mindst 2 ved folkeskolens afgangseksamen i matematik?</p>

**Der bør tages højde for forskelle i målgruppernes karakteristika på tværs af kommunerne**

Et selvstændigt mål med analyserne har været at undersøge, om forskelle i målgruppens karakteristika på tværs af kommunerne har afgørende betydning for benchmarkinganalysens resultater. Hvis det fx er tilfældet, at målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer i én kommune hovedsageligt kommer fra højtuddannede familier, mens målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer i en anden kommune hovedsageligt kommer fra mindre uddannede familier, vil andelen af målgruppen, der tager en ungdomsuddannelse alt andet lige sandsynligvis være højere i den første kommune end i den anden kommune. Dette skyldes imidlertid ikke en indsats, kommunen har givet, men derimod blot at den første kommune har en anden borgersammensætning, som alt andet lige er bedre for resultatmålet om at tage en

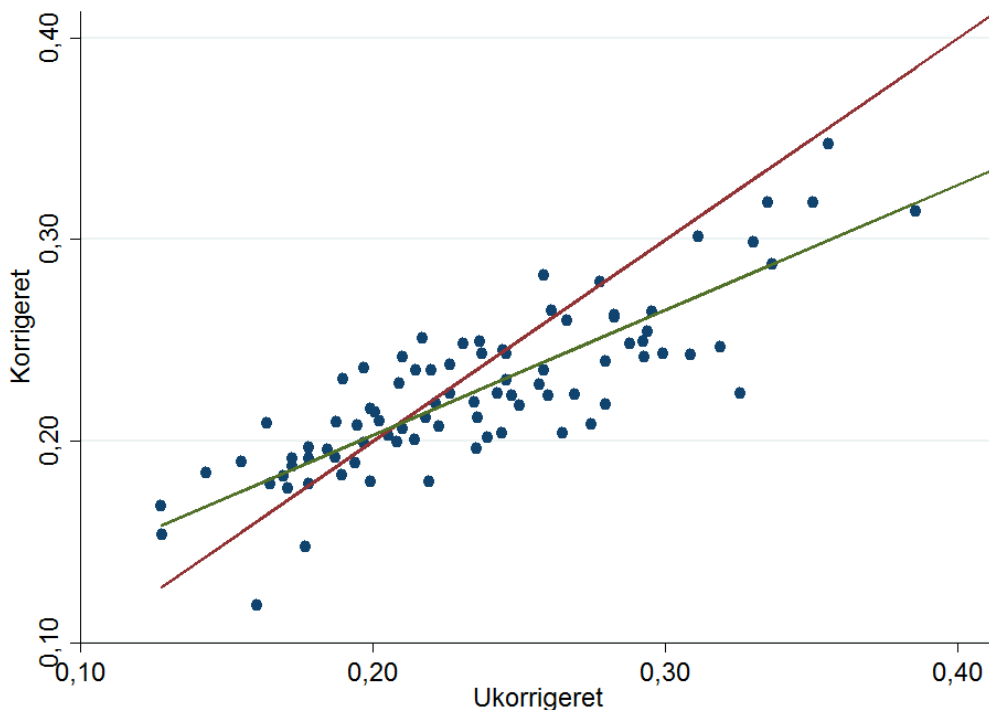
ungdomsuddannelse, end den anden kommune. Benchmarkinganalysen skal kunne tage højde for dette for at sikre, at forskelle imellem kommunerne ikke kan tilskrives kommunale forskelle i målgruppens baggrundskarakteristika.

Når man på denne måde korrigerer for baggrundskarakteristika, reducerer man variationen, eller spændet, mellem kommunerne, som i eksemplet i Figur 4.<sup>4</sup> Hvert punkt i figuren repræsenterer en kommune, hvor den *ukorrigerede* andel af personer i behandling for stofmisbrug i beskæftigelse for kommunen er angivet ud af den vandrette akse og den *korrigerede* andel af personer i behandling for stofmisbrug i beskæftigelse for kommunen er angivet ud af den lodrette akse. Den røde linje er 45 graders linjen. Hvis alle punkterne lå på denne linje, ville de ukorrigerede og korrigerede andele af beskæftigelse være ens. Det er de imidlertid ikke, som figuren viser: De højest rangerede kommuner får lavere andel af beskæftigelse, når man korrigerer, og de lavest rangerede kommuner får højere andel af beskæftigelse, når man korrigerer. Dette kan ses i figuren ved, at de højest rangerede kommuner (punkterne længst til højre i figuren) ligger under 45-graderslinjen, og de lavest rangerede kommuner (punkterne længst til venstre i figuren) ligger over 45-graderslinjen. Det vil sige, at variationen mellem kommunerne, eller spændet mellem højest og lavest rangerede, bliver mindre, når man korrigerer for baggrundskarakteristika. Fordi denne variation er bestemmende for kommunernes potentiale for at forbedre resultatmålene, viser dette, at man risikerer at overvurdere potentialet for at forbedre resultatmålene, hvis der ikke korrigeres. Vi anbefaler derfor, at en benchmarkinganalyse baseres på korrigerede resultatmål.

---

<sup>4</sup> Denne graf er for målgruppen af personer med stofmisbrug for resultatmålet beskæftigelse.

Figur 4: Ukorrigerede og korrigerede resultatmål (beskæftigelse) for personer i behandling for stofmisbrug



**Note:** Denne graf afbilder de ukorrigerede resultatmål (andele af beskæftigelse) ud ad den vandrette akse og de korrigerede resultatmål (andele af beskæftigelse) op ad den lodrette akse, hvor hvert punkt således repræsenterer én kommunes niveau af de to værdier for resultatmålet (ukorrigeret, korrigeret). Den røde linje er 45-graderslinjen, dvs. hvis et punkt ligger netop på denne linje, er kommunens ukorrigerede resultatmål lig med det korrigerede, og dermed gør det ingen forskel for denne kommune at korrigere. Hvis en kommunes punkt ligger langt væk fra 45-graderslinjen, gør det derimod en stor forskel at korrigere for denne kommune. Den grønne linje repræsenterer sammenhængen mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål. At denne linje ligger fladere end 45-graderslinjen betyder, at de højeste ukorrigerede resultatmål mestendels bliver lavere, når der korrigeres, og omvendt for de laveste ukorrigerede resultatmål.

Det er lidt forskelligt, hvilke karakteristika der viser sig at have størst betydning for de ni resultatmål i Boks 1. For eksempel viser analyserne af personer med hjerneskade, at et højere indkomstniveau før hjerneskaden generelt øger sandsynligheden for at være i beskæftigelse efter hjerneskaden, og at sværhedsgraden af hjerneskaden generelt reducerer beskæftigelseschancerne og øger risikoen for, at partneren oplever psykiske komplikationer efter hjerneskaden. For personer i behandling for stofmisbrug viser analyserne, at hvis man var i arbejde før behandling, har man større sandsynlighed for også at være det efter behandling. Vi kan også se, at uddannelse spiller en rolle: Jo højere uddannelse, jo større er sandsynligheden for at komme i arbejde, mens alder har en negativ sammenhæng med at komme i beskæftigelse for

personer i behandling for stofmisbrug. For unge i behandling for psykiske problemer er der en sammenhæng mellem moderens uddannelsesniveau og den unges sandsynlighed for at være i ungdomsuddannelse. Som et andet eksempel kan vi se, at forældrenes alder ved barnets fødsel spiller en rolle, idet børn af meget unge forældre har lavere sandsynlighed for at tage en uddannelse.

### Potentialet varierer blandt målgrupper og resultatmål

Benchmarkinganalyserne er baseret på de korrigerede resultatmål. Det betyder, at det beregnede potentiale for at opnå bedre resultater tager højde for den enkelte kommunes målgruppekarakteristika. Et stort potentiale kan således ikke forklares med, at én kommune har en mere kompleks målgruppe end de øvrige kommuner.

For at få et så nuanceret billede som muligt og undgå kun at fokusere på ét resultatmål på bekostning af andre resultatmål, er analyserne baseret på en metode, der kan inddrage flere resultatmål for hver målgruppe (i denne analyse benytter vi tre resultatmål). Resultatet af benchmarking-analyserne er et beregnet potentiale for at opnå *bedste praksis*. Dette udregnes for hver kommune i de tre målgrupper. Tabel 1 opsummerer de gennemsnitlige potentialer (gennemsnitligt på tværs af alle kommuner) for hver målgruppe:

**Tabel 1: Gennemsnitligt potentiale for forbedring opdelt på målgrupper**

Målgruppe	Gennemsnitligt potentiale (procent)
Personer med hjerneskade	4,0
Personer i behandling for stofmisbrug	12,0
Unge i behandling for psykiske problemer	9,0

**Note:** Potentialerne for forbedring er for hver kommune beregnet som den procentdel, som kommunens nuværende (aktuelle) niveau skal forøges med for at opnå *bedste praksis*-måltallene. I Tabel 1 rapporteres de gennemsnitlige potentialer. Nogle kommuner vil derfor have et større eller mindre potentiale i forhold til det gennemsnitlige niveau.

Ved det gennemsnitlige potentiale forstås, hvor mange procent kommunerne i gennemsnit vil kunne forbedre de givne resultatmål i forhold til deres nuværende niveau. Fx vil kommunerne i gennemsnit kunne øge andelen af personer med stofmisbrug, der er i beskæftigelse, i uddannelse

og som holder sig ude af kriminalitet med 12 procent i forhold til deres nuværende niveauer af de tre resultatmål, hvis de lykkes med at adoptere *bedste praksis*. Det skal nævnes, at da analyserne ikke medtager ressourcer, kan disse potentialer for forbedringer forudsætte et væsentligt højere ressourceforbrug. For at få en fornemmelse for potentialernes niveau kan vi betragte et eksempel: Fx vil en kommune, der har 20 procent af personer med stofmisbrug i beskæftigelse, kunne opnå at få 22.4 procent af personer med stofmisbrug i beskæftigelse, hvis den opnår det gennemsnitlige maksimale potentiale på 12 procent.<sup>5</sup>

Det har været undersøgt, om forskellige kvalitetsvariabler (fx data vedrørende hjemvisninger og ændringer i sager i en kommune) og kommunale rammevilkår (fx beskæftigelsesfrekvenser og gennemsnitsindkomster i kommunen) har en signifikant betydning for de beregnede potentialer. Det viser sig ikke at være tilfældet, hvorfor de ikke indgår i den endelige analyse.

---

<sup>5</sup> Dette er potentialet på 12 procent af niveauet på de 20 procent lagt oveni det nuværende niveau på 20 procent.

# 1 Indledning

## 1.1 Baggrund og formål

Satspuljepartierne afsatte i 2015 midler til analyser med henblik på at "sikre et bedre vidensgrundlag for udvikling af benchmarking på det sociale område", herunder "at komme med konkrete eksempler på, hvor man inden for udvalgte dele af socialområdet og på tværs af indikatorer, kan måle socialpolitikken" Helt konkret var tanken bag analysen, at den bl.a. skulle bidrage til at:

1. Give kommuner et bedre grundlag for at målrette indsatsen.
2. Give et bedre grundlag for at sammenligne resultater mellem kommuner.

Analysen skal komme med konkrete eksempler på, hvordan man inden for udvalgte dele af socialområdet og på tværs af indikatorer (det, vi vil kalde resultatmål i denne rapport) kan sammenligne kommunernes resultater. Formålet med denne rapport kan derfor ses som bestående af to dele: 1) at foretage en benchmarkinganalyse af kommunerne for tre specifikke målgrupper på socialområdet, og 2) derigennem afdække mulighederne for at lave benchmarkinganalyser på det sociale område.

## 1.2 Valg af målgrupper

I opdraget til projektet fremgik det, at målgrupperne for analysen skulle være indeholdt i en af tre hovedgrupper: udsatte børn og unge, udsatte voksne og familier samt personer med handicap og ældre. Derudover var det et krav, at der i videst muligt omfang skulle være fokus på forebyggelse, progression, resocialisering eller rehabilitering. I samråd med opdragsgiver blev følgende tre målgrupper på socialområdet udvalgt:

1. Voksne over 18 år med erhvervet hjerneskade
2. Personer i behandling for stofmisbrug
3. Unge i behandling for psykiske problemer

Uanset hvilke målgrupper på socialområdet man betragter, vil disse typisk modtage andre indsatser end blot sociale indsatser; fx sundhedsindsatser (enten i kommunen eller regionen), beskæftigelsesindsatser, kriminalpræventive indsatser etc. De tre målgrupper er udvalgt med henblik på at fokusere på målgrupper, der modtager en betydelig kommunal indsats med særligt fokus på sociale indsatser. Samtidigt er det målgrupper, som oppebærer store omkostninger både for det enkelte menneske og for den enkelte kommune. Desuden har vi prioriteret målgrupper, der har relativt gode tilgængelige data (dvs. hvor man kan give den mest retvisende sammenligning af den kommunale indsats) samtidig med, at det er målgrupper, som endnu ikke er kortlagt på kommunalt niveau i en benchmarkinganalyse. Målgrupperne er endvidere valgt ud fra en prioritering af, at antallet af borgere i hver kommune er stort nok til, at man meningsfuldt kan gennemføre analysen.

### **1.3 Metode og præmisser for benchmarkinganalyserne**

I opdraget fremgik der overordnet set to præmisser for benchmarkinganalyserne i denne rapport:

- Analyserne skal være baseret på tilgængelige kvantitative data, herunder data, der kan findes i Danmarks Statistiks registerdata
- Analyserne skal foretages på kommunalt niveau og skal være landsdækkende (eller som minimum inkludere så mange kommuner som muligt)

Vi har derfor valgt at basere benchmarkinganalyserne på data, der kan findes i Danmarks Statistiks registre og på eksisterende centralt indsamlede data på kommuneniveau. Dette har den klare fordel, at analyserne relativt let vil kunne opdateres i fremtiden uden de store omkostninger til nye dataindsamlinger.

Der er en række konsekvenser af de overordnede præmisser, som er vigtige i forhold til anvendelsen og fortolkningen af analysernes resultater:

1. Definitionen af målgrupperne afhænger af tilgængelige data: Denne analyse tager udgangspunkt i, hvad der kan observeres i registerdata. Man er derfor begrænset til at definere målgruppen ud fra indsatser, der er registreret på nationalt plan i registrene.
2. Registerbaserede resultatmål er ofte mere langsigtede mål for borgerens funktionsniveau: Det er mere langsigtede resultatmål såsom beskæftigelse, uddannelse og kriminalitet, der kan måles i registerdata. Disse er mål, der oftest er en konsekvens af opnåelsen af blødere "mellemliggende" resultatmål, som fx funktionsevne, trivsel eller livskvalitet. Disse "mellemliggende" resultatmål findes imidlertid ikke i registrene og kan derfor ikke indgå i analysen, selvom de også er relevante resultatmål.
3. Analyserne gennemføres på data, der ligger et år eller mere tilbage i tiden: Data i registrene er tidligst offentligt tilgængelige året efter, at de er registreret. Resultaterne fra benchmarkinganalyser udarbejdet på grundlag af registerdata vil derfor altid være baseret på data, der ligger et år eller mere tilbage i tiden.<sup>6</sup> Det betyder, at benchmarkinganalysernes resultater ikke nødvendigvis afspejler kommunernes aktuelle resultater, men resultaterne af en indsats, de leverede for nogle år tilbage (se Kapitel 4 for information om muligheden for at udføre analyserne på nyere data).
4. Bopælskommunen har ikke nødvendigvis ansvaret for indsatsen: Det kan for nogle målgrupper være vanskeligt at henhøre borgerne til den ansvarshavende kommune, da denne ikke registreres direkte i registrene. Det er ofte kun muligt at henhøre borgerne til en kommune på baggrund af deres folkeregisteradresse. Da den kommune, hvori en person har folkeregisteradresse, ikke nødvendigvis er den ansvarshavende kommune, betyder det, at den kommune personen henføres til i analysen, ikke med sikkerhed har mulighed for at påvirke resultatmålene. Dette giver nogen usikkerhed i opgørelsen af den enkelte kommunes opnåede resultater.

---

<sup>6</sup> Ligesom alle andre analyser, der anvender registerdata.



5. Der er begrænsede data for ressourceforbrug på individniveau på kommunalt plan:

Præmissen om kun at inddrage centralt eksisterende data betyder, at analysen alene omfatter resourcedata fra de kommunale regnskaber i Statistikbanken ([www.statistikbanken.dk](http://www.statistikbanken.dk)) samt data fra Kommunernes og Regionernes Lønstatistik. For de forskellige målgrupper kan man forsøge at koble disse aggregerede data mere eller mindre præcist til de indsætter, målgrupperne har fået. Det har imidlertid vist sig ikke at være muligt at disaggregere kommunernes ressourceforbrug til meningsfulde enheder, der svarer til de indsætter, målgruppen har fået. Ifølge Kollin et al. (2017) og Lemvig og Panduro (2017) skyldes dette ikke, at kommunerne ikke registrerer oplysninger om aktiviteter eller udgifter på individniveau, men disse data er ikke nødvendigvis sammenlignelige, da kommunernes registreringspraksis varierer meget, og der er grundlæggende et behov for at validere data. Dette vanskeliggør benchmarkinganalyser kommunerne imellem. Kommunernes resultater beregnes derfor i denne benchmarkinganalyse uden inddragelse af ressourceforbrug. Det betyder, at vi ikke vurderer, om de enkelte kommuner har opnået de beregnede resultater på en omkostningsefficient måde. I stedet er der fokus på kommunernes opnåede resultater.

6. Kommunen er analysens aggregeringsniveau: Resultaterne opgøres på kommuneniveau, men det er vigtigt i relation til fortolkningen at huske på, at kommunerne typisk består af flere mindre organisatoriske enheder, der har til opgave at yde den pågældende service.

Helt overordnet rangerer en benchmarkinganalyse kommunerne efter, hvem der har opnået de bedste resultater og beregner derudfra et potentiale for forbedringer for hver enkelt kommune (sammenlignet med *bedste praksis*).

Benchmarkinganalyser har været udbredt i den offentlige sektor i en årrække, men er endnu ikke så udbredt på det sociale område. Størstedelen af de eksisterende benchmarkinganalyser på det sociale område ser isoleret på et enkelt resultatmål (såkaldte partielle analyser) og tager derved ikke tilstrækkelig højde for kompleksiteten i, hvad det vil sige at forbedre resultaterne på det

sociale område. Vanskeligheden opstår ved at finde velegnede mål i forhold til sociale indsatser og ved at muligheden for, at forskellige resultatmål virker modsat eller er substitutter for hinanden. I denne rapport anvendes en benchmarkingmetode kaldet Data Envelopment Analysis (DEA), der kan tage højde for, at en kommunes samlede resultater overfor en målgruppe ofte er sammensat af flere relevante resultatmål, og at kommuner ikke automatisk fremstår som de bedste, hvis de forbedrer ét resultatmål på bekostning af et andet. DEA-metoden kan således beregne potentialer for hver kommune, når der tages højde for *alle* resultatmål på én gang. Endvidere kan metoden beregne såkaldte retningsbestemte potentialer, som angiver, hvor meget en kommune kan forbedre sig på ét resultatmål, hvis kommunen udelukkende fokuserer på dette ene resultatmål, men uden at forringe sit niveau på de andre resultatmål.

Endvidere tager mange af de tidligere benchmarkinganalyser på det sociale område kun i begrænset omfang højde for kommunernes rammevilkår på individniveau. Ved rammevilkår på individniveau menes baggrundskarakteristika for borgerne i målgruppen, som fx alder, uddannelsesniveau, helbred, familieforhold og andre indikatorer på udsathed etc.

Det har derfor også fra opdragsgiver været et krav, at der i benchmarkinganalyserne tages højde for kommunernes rammevilkår på individniveau. Kravet bunder i, at eventuelle forskelle i kommunernes resultatmål til dels kan skyldes forskelle i borgersammensætningen i målgruppen mellem kommunerne. Hvis det fx er tilfældet, at målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer i én kommune hovedsageligt kommer fra højtuddannede familier, mens målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer i en anden kommune hovedsageligt kommer fra mindre uddannede familier, vil andelen af målgruppen i den første kommune, der tager en ungdomsuddannelse, sandsynligvis være højere end i den anden kommune. Dette skyldes ikke en indsats, kommunen har givet, men derimod blot, at den første kommune har en borgersammensætning, som alt andet lige er bedre for resultatmålet om at tage en ungdomsuddannelse end den anden kommune.

I registerdata findes meget detaljerede oplysninger på individniveau om blandt andet uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning, indkomst, kontakter med sundhedsvæsenet, familieforhold m.m. Disse

oplysninger findes endvidere tilbage i tid, og man kan derfor med registerdata opgøre historikken for borgernes beskæftigelse, helbred m.m. på et meget detaljeret niveau, og dermed kan man inkludere en stor mængde relevante baggrundskarakteristika for de enkelte borgere i kommunerne i analysen. Denne information bidrager til at tage højde for forskelle i borgersammensætningen i de enkelte kommuner. Registerdata udgør således en meget detaljeret, fyldig og nøjagtig kilde til at tage højde for kommunernes rammevilkår på individniveau.

Benchmarkinganalyserne i denne rapport er derfor baseret på resultatmål, der alle er korrigeret for sådanne forskelle i borgersammensætningen i de enkelte kommuner – hvad vi benævner korrigerede resultatmål. De korrigerede resultatmål tager altså højde for kommunernes rammevilkår på individniveau.

#### **1.4 Data på kommunernes anvendte ressourcer, kvalitetsvariable og kommunale rammevilkår**

I en klassisk benchmarkinganalyse vil man inkludere ressourcedata for at sammenholde de enkelte kommuners resultater med de ressourcer, de har anvendt på den pågældende målgruppe. En kommune kan fx være den bedste til at få folk i beskæftigelse, men det kan være, at de bruger væsentligt flere ressourcer end andre kommuner, der gør det næsten ligeså godt, hvorefter en klassisk benchmarkinganalyse vil påpege, at den første kommune burde kunne opnå de samme resultater med færre ressourcer. Med andre ord, en klassisk benchmarkinganalyse vil også måle efficiens.

Data, der afspejler ressourceforbruget fordelt på de relevante kommunale sociale indsatser, findes imidlertid ikke på nationalt niveau, og det har derfor været et selvstændigt formål med analysen at undersøge, om brugbart data kan udledes fra tilgængelige datakilder.

Vi har indsamlet variabler for kommunernes ressourcer til de tre målgrupper via de kommunale regnskaber, KRLs lønstatistik og Sundhedsstyrelsen:

- for målgruppen af erhvervet hjerneskade kommunernes udgifter til rehabilitering, der også dækker anden rehabilitering end rehabilitering til personer med erhvervet hjerneskade, samt puljen til genoptræning i forløbsprogrammet
- for målgruppen af personer i stofmisbrugsbehandling har vi kommunens samlede ressourceforbrug til stofmisbrugsbehandling
- for målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer har vi kommunens udgifter til forebyggende foranstaltninger, som en del af denne målgruppe har modtaget.

Analysen af datamaterialet har imidlertid vist, at der for ingen af de tre målgrupper kan findes nogen stærk sammenhæng mellem de målte ressourcer og resultaterne. Selv ikke for gruppen af personer i stofmisbrugsbehandling er der en sammenhæng, til trods for at denne gruppe ellers netop er den med den mest præcise opgørelse af ressourceforbruget for stofmisbrugsbehandlingen. En mulig årsag kan være, at vi kun har data for ressourceforbruget til stofmisbrugsbehandlingen, men ikke ressourceforbruget relateret til beskæftigelsesindsatser, der skal hjælpe målgruppen i beskæftigelse, eller kriminalpræventive indsatser der skal holde dem ude kriminalitet. Derfor udgør stofmisbrugsbehandlingen ikke det samlede ressourceforbrug i kommunen, som er anvendt for at opnå resultatmålene.<sup>7</sup> Amilon et al. (2016) benytter survey-data til at fastlægge ressourceforbruget af stofmisbrugsbehandlingen og finder et lignende resultat: Ressourceforbruget har ikke nogen sammenhæng med de opnåede resultater. Den samme problematik gør sig i endnu højere grad gældende for de andre to målgrupper, hvor det samlede ressourceforbrug, der findes data på, heller ikke udgør det samlede ressourceforbrug anvendt til den samlede vifte af indsatser, målgrupperne har modtaget. Derudover er det kun dækkende for en del af målgruppen.

---

<sup>7</sup> Amilon, A., Birkelund, J. F., Christensen, G., Jeppesen, A. G., Markwardt, K. (2016). Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

En anden årsag til den svage sammenhæng mellem ressourcer og resultater kan være, at konteringspraksis på tværs af kommunerne er forskellig. Dette er også, hvad Kollin, Kloppenborg et al., 2017 og Lemvig & Panduro, 2017 pointerer. Yderligere beskriver disse undersøgelser, hvordan der ligeledes er udfordringer i forhold til kvalitet af data om ydelser og ressourcer på individniveau i og med, at der ikke er stort fokus på validering af data i kommunerne.

Denne forskellige konteringspraksis kan meget vel være med til at usynliggøre en reel sammenhæng mellem ressourceforbrug og resultater. Data om udgifterne til de forskellige indsatser indsamles og findes i de enkelte kommuner, men er ikke opgjort centralt på målgruppeniveau. Dette betyder, at man er henvist til information fra de kommunale regnskaber, men herudfra er det svært at identificere, hvilke konti, der skal inkluderes omkostninger fra, netop fordi man generelt ingen (eller meget begrænset) viden har om, hvilke(n) indsats(er) kommunen har leveret til borgeren. Endvidere er disse konti ikke nødvendigvis altid opgjort på indsatsniveau, og de beregnede omkostninger eller enhedspriser bliver derfor ofte upræcise.

Benchmarkinganalysen inkluderer derfor ikke resourcevariabler og kan som følge af dette ikke benyttes til at sige noget om, hvilke kommuner, der får mest ud af de anvendte ressourcer. Det betyder, at de kommuner, der i DEA-analyserne får de bedste placeringer ikke nødvendigvis er de kommuner, der ville ligge i toppen, hvis det var muligt at inkludere ressource i benchmarkinganalyserne. Fx kunne det være, at de kommuner, der har opnået de bedste resultater har haft et relativt større ressourceforbrug end de kommuner, der rangerer lavere på resultatmålene. Det er dog stadig uomtvisteligt, at disse kommuner er de kommuner, der har gjort det bedre (uanset ressourceforbrug).

Det ville naturligvis være ønskeligt i fremtidige benchmarkinganalyser at kunne inddrage ressourceforbrug. Nærværende analyse, sammenholdt med SFIs tilsvarende analyse og KORAs rapporter om kommunalt data på det specialiserede socialområde, viser, at dette kræver anderledes opgjorte resourcedata med en tættere forbindelse mellem indsatserne, de personer der har fået indsatserne og konteringen af beløbene anvendt på tværs af kommunerne. Den viden,

der ligger i kommunerne om både indsatser og ressourceforbrug, vil derfor være særdeles værdifuld i fremtidige benchmarkinganalyser.

Ud over ressourceforbruget har vi indsamlet to øvrige typer af eksternt data, som vi forventede ville kunne påvirke resultatmålene. Den ene type data er nogle mål for kommunernes generelle rammevilkår, fx den generelle beskæftigelsessituation i kommunen for alle dens borgere og ikke kun de, som er i målgruppen. Ideen er her, at det vil være sværere for en kommune at få en borger fra én af målgrupperne i beskæftigelse, hvis beskæftigelsesgraden samlet set er lav i kommunen, end hvis den ikke er det. Den anden type data er nogle mål for kvaliteten af kommunernes indsatser. Man kunne forestille sig, at selvom to kommuner bruger den samme mængde ressourcer, så kunne den ene kommune have organiseret sine indsatser på en måde, som giver bedre resultater, og at denne forskellighed i organisering muligvis kunne forklares af nogle overordnede kvalitetsindikatorer. Vi har derfor i denne opgave forsøgt at indsamle nogle sådanne overordnede kvalitetsindikatorer, som kunne approksimere forskelligheder i fx organisering af indsatserne imellem kommunerne. Analyser af datamaterialet viste imidlertid, at ingen af de indsamlede variable havde nogen signifikant betydning for resultatmålene, og kommunernes generelle rammevilkår og kvalitetsindikatorerne er derfor ikke inkluderet i den endelige benchmarkinganalyse.

### **1.5 Hvad kan man bruge benchmarkinganalyserne til**

Det overordnede formål med at foretage benchmarkinganalyserne er at give et bedre grundlag for at sammenligne kommunernes resultater på et givent område. Benchmarkinganalyserne kan understøtte disse mål ved at give viden om, hvordan kommunerne klarer sig i forhold til hinanden, når man samtidig tager højde for kommunernes rammevilkår på individniveau. Benchmarkinganalyserne kan således bruges til at identificere de kommuner, der opnår de bedste resultater på et givent område. Benchmarkinganalyserne kan endvidere vise, hvor stor forskel der er på den enkelte kommunes aktuelle resultat og det, de maksimalt kan opnå (*bedste praksis*). Det vil sige, hvor stort et potentiale, der er, for at opnå bedre resultater.

Det er vigtigt at slå fast, at en benchmarkinganalyse ikke kan påvise kausale sammenhænge mellem indsatser og resultater. Benchmarkinganalyser kan kun anvendes som et redskab til at vise forskelle mellem kommuner på udvalgte resultatmål, når man fokuserer på resultaterne af kommunens indsats målt i flere dimensioner. Benchmarkinganalyserne kan således ikke stå alene. Alt i alt bør resultaterne af benchmarkinganalyserne fortolkes med varsomhed, og forklaringerne på, hvorfor nogle kommuner klarer sig bedre, bør findes ved erfaringsudveksling kommunerne imellem, ved egentlige effektevalueringer af de specifikke indsatser, samt ved mere kvalitative studier.

## **1.6 Det interaktive værktøj**

Der er i forbindelse med rapporten udarbejdet et online værktøj, hvor kommunerne kan trække individuelle rapporter om deres egen præstation og om, hvilke kommuner, det er realistisk at sammenligne sig med og dermed hvilke kommuner, de med fordel kan udveksle erfaringer med. Målet med værktøjet er at give kommunerne et redskab til at skaffe sig viden om, hvilke andre kommuner, de med fordel kan indgå en dialog med. Værktøjet kan tilgås her:

[www.ibensoft.com/social](http://www.ibensoft.com/social)

## **1.7 Rapportens indhold**

Resten af rapporten er organiseret som følger:

Kapitel 2 indeholder en teknisk gennemgang af den anvendte benchmarking metode. Kapitel 3 gennemgår kort andre benchmarkinganalyser, der er lavet på det sociale område. Kapitel 4 indeholder en kort oversigt over analysernes datagrundlag, samt en oversigt over mulighederne for at udføre analyserne på nyere data. Kapitel 5, 6 og 7 indeholder hver især en gennemgang af resultaterne for hver af de tre målgrupper af 1) voksne med erhvervet hjerneskade (kapitel 5), 2) personer i behandling for stofmisbrug (kapitel 6) og 3) unge i behandling for psykiske problemer (kapitel 7).

Kapitlerne 5-7 er hver især bygget op på samme måde. Først er der en kort gennemgang af kommunens opgaver overfor målgruppen. Som nævnt tidligere vil alle målgrupperne modtage andre indsatser end blot sociale indsatser, og de vil modtage andre indsatser end dem, der er kommunens opgave overfor dem. Dette første afsnit går således i dybden med de kommunale indsatser indenfor socialområdet samt i krydsfeltet med sundhedsområdet. Derefter følger en detaljeret beskrivelse af, hvordan målgruppen identificeres i registerdata og af, hvordan analysepopulationen – som er den delmængde af målgruppen, vi ender med at kunne gennemføre analyserne på – udvælges. Dette afsnit rundes af med en beskrivelse af analysepopulationen, så man kan få en fornemmelse af, hvad der hovedsageligt karakteriserer den på parametre såsom alder, uddannelsesniveau, helbredshistorik, kriminalitet etc. Derefter defineres og beskrives resultatmålene, og i det næste afsnit udvælges de variable, der udgør rammevilkårene på individniveau i de regressionsanalyser, vi udfører for at danne de korrigerede resultatmål. Resultaterne fra regressionsanalyserne, dvs. de korrigerede resultatmål, præsenteres, og vi konkluderer i forhold til, om man bør korrigere for rammevilkår på individniveau. Kapitlet afsluttes med en gennemgang af hovedresultaterne fra DEA-analyserne, hvor potentialerne for forbedring præsenteres.

Kapitel 8 sammenfatter erfaringerne med resourcedata, kvalitetsdata og rammevilkår på kommuneniveau, og Kapitel 9 giver en kort introduktion af det interaktive værktøj og indeholder også linket til værktøjet. Kapitel 10 konkluderer.

Den økonometriske metode anvendt til at korrigere for kommunernes individuelle rammevilkår og yderligere detaljer om DEA metoden er indeholdt i Kapitel 12. Kapitel 13 til 15 indeholder detaljer fra analyserne af hver af de tre målgrupper, såsom regressionskoefficienterne og sammenligninger mellem målgrupperne med resten af befolkningen. Sluttelig indeholder Kapitel 17 detaljer om det indsamlede data på ressourcer, kommunale rammevilkår og kvalitetsvariable, samt om beregningerne af enhedspriser for de fundne ressourcer.



## 2 Hvad er en benchmarkinganalyse?

Dette afsnit beskriver metodetilgangen i analyserne. Først beskrives den økonometriske model, der anvendes til at estimere kommune-effekterne, når der tages højde for kommunernes individuelle rammevilkår. Derefter beskrives, hvordan de korrigerede resultatmål dannes ud fra de estimerede kommune-effekter, og sluttelig beskrives selve benchmarkingmetoden.

### 2.1 Økonometrisk model til at korrigere for rammevilkår på individniveau

Vi estimerer en lineær sandsynlighedsmodel med kommune "fixed effects", dvs.

$$y_{ikt} = \mathbf{x}_{ikt}'\beta + \tau_t + \delta_k + \varepsilon_{ikt},$$

hvor  $i$  angiver individer (personer),  $t$  angiver starttidspunktet (kvartal og år) og  $k$  angiver kommunen.<sup>8</sup> Den afhængige variabel  $y_{ikt}$  er i alle de estimerede modeller en dummy variabel (hvis målgruppen fx er personer med stofmisbrug og resultatmålet er beskæftigelse, er  $y_{ikt}$  lig med 1, hvis person  $i$ , som starter behandling i kvartal-år  $t$  og som hører til kommune  $k$ , er i beskæftigelse mindst én måned i perioden 12-24 måneder efter kvartal-år  $t$ ). Variablen  $\mathbf{x}_{ikt}$  angiver hele listen af individuelle karakteristika for målgruppesammensætningen, såsom demografiske (fx køn og alder), socioøkonomiske (fx uddannelse, tidligere arbejdsmarkedstilknytning og indkomstniveau) og helbredsmæssige (fx tidligere diagnoser) individuelle forhold, dvs. kommunernes rammevilkår på individniveau. Variablene  $\tau_t$  og  $\delta_k$  angiver henholdsvis tidseffekterne og de kommune-specifikke effekter, og  $\varepsilon_{ikt}$  angiver fejleddet. De

<sup>8</sup> For målgruppen af personer med hjerneskade angiver  $t$  datoen for hvornår hjerneskaden skete, for målgruppen af personer med stofmisbrug angiver  $t$  kvartalet og året for stofmisbrugsbehandlingens start, og for målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer er  $t$  for alle sat til januar 2010.

kommune-specifikke effekter  $\delta_k$ , de "fixed effects" er den del af det observerede resultatmål, som forklares af kommunernes niveau, efter der er kontrolleret for kommunernes individuelle rammevilkår. Modellen estimeres ved OLS, hvor de kommune-specifikke effekter estimeres ved at inkludere kommune dummy variabler (modellen estimeres derfor uden et fælles konstantled).

De korrigerede resultatmål, som er de resultatmål, der indgår i DEA analyserne, udregnes herefter som følger:

$$\hat{y}_k = \bar{\mathbf{x}}' \hat{\boldsymbol{\beta}} + \hat{\delta}_k, \quad k = 1, \dots, K.$$

Dvs. at de korrigerede resultatmål udregnes i den landsgennemsnitlige borgersammensætning som de predikterede resultatmål, som estimeres i den lineære sandsynlighedsmodel.

## 2.2 Hvad er en benchmarkinganalyse?

Den grundlæggende idé i moderne benchmarking er at lave en sammenligning med *bedste praksis*. Bedste praksis kan beskrives som det bedste, man i praksis kan opnå. Det har to konsekvenser, at vi fokuserer på *bedste praksis*. For det første indebærer det, at vi ser på det maksimalt opnåelige til forskel fra, hvad kommunerne i gennemsnit kan opnå; dvs. vi sammenligner med det bedste i modsætning til for eksempel at sammenligne med en gennemsnitlig praksis. Dette er i god overensstemmelse med grundlæggende økonomisk teori, hvor teknologien (eller produktionsfunktionen) beskriver, hvad der maksimalt kan produceres med givne input. Men det skal naturligvis holdes for øje, når resultaterne fortolkes, at det maksimalt opnåelige ikke nødvendigvis er reelt opnåeligt. Det kan jo tænkes, at ikke alle kommuner rent faktisk kan implementere *bedste praksis*, eller at implementeringen tager mange år.

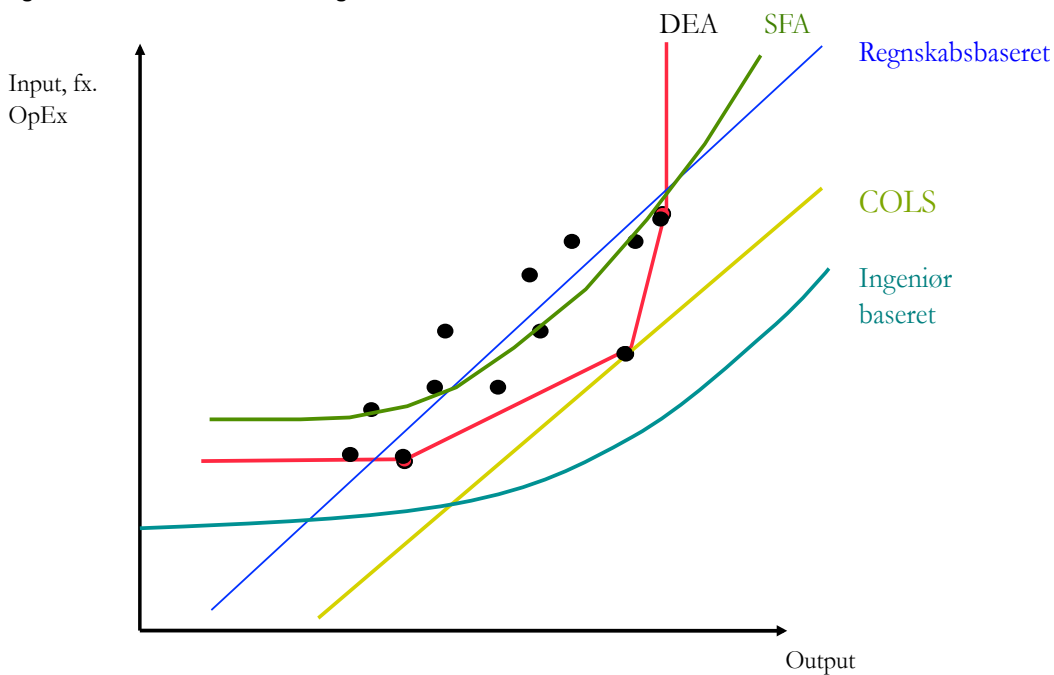
For det andet indebærer valget af *bedste praksis estimation*, at der sættes fokus på praksis til forskel fra teoretiske spekulationer. I stedet for at spekulere i, hvad der teoretisk kan opnås, estimeres, hvad konkrete kommuner reelt har formået. *Bedste praksis* er ikke ét bestemt benchmark, eller forbillede (dvs. ikke nødvendigvis én bestemt kommune), men snarere en beskrivelse af det samlede mulighedsområde.

Benchmarkinganalyser har mange anvendelser. En af disse består i at levere beslutnings- og styringsrelevant information til beslutningstagere (her kommunerne), og at give dem mulighed for at lære af *bedste praksis*. Til dette formål kan retningsbestemte potentialevurderinger være nyttige. Ideen er at udnytte benchmarkingmodellerne til at beregne potentialerne for bedre resultater for de enkelte kommuner, og at opgøre disse potentialer på en simpel måde.

## 2.1 Forskellige tilgange

Det grundlæggende problem er, at vi ikke direkte kan observere *bedste praksis*. I bedste fald kan vi præsentere de kommunale resultater i form af simple data punkter, dvs. beskrivelser af de ressourcer, der har været anvendt, de services som er blevet produceret, og de lokale rammebetingelser, det er sket under. Den centrale udfordring er derfor at lave en model, som ud fra nogle faktiske observationer estimerer en sammenhæng mellem disse. Det er kort sagt et spørgsmål om, hvordan man kan komme fra enkelte observationer (punkter) til en funktionel sammenhæng som illustreret i Figur 5.

Figur 5: Alternative benchmarkingmodeller



**Note:** OpEx – Operating expenses - Driftsomkostninger

Som illustreret i Figur 5 findes der flere teknikker. De rækker fra simple regnskabsmetoder og regressionsmodeller over mere avancerede statistiske og matematiske programmeringsmodeller til egentlige "ingeniør"- eller konsulentbaserede modeller af, hvad det ville koste, hvis man designede en helt ny kommunal indsats. I litteraturen er der bred enighed om, at der grundlæggende findes fire klasser af tilgange som opsummeret i taksonomien i Tabel 2.

Tabel 2: Benchmark taksonomi, jf. fx (Bogetoft & Otto, 2011)

	Deterministisk	Stokastisk
	Corrected Ordinary Least Squares (COLS)	Stochastic Frontier Analysis (SFA)
<b>Parametrisk</b>	Aigner and Chu (1968), Lovell (1993), Green (1990,2008)	Aigner et al (1977), Batese and Coelli (1992), Coelli et al (1998a)
	Data Envelopment Analysis (DEA)	Stochastic Data Envelopment Analysis (SDEA)
<b>Ikke-parametrisk</b>	Charnes et al (1978), Deprins et al (1984)	Land et al (1993), Olesen and Petersen (1995), Fethi et al (2001)

De parametriske modeller antager en vis funktionel form fra starten og bruger data til at kalibrere parametrene i denne funktionelle form. En væsentlig fordel ved de ikke-parametriske metoder er, at de laver færre a priori antagelser om de mulige relationer mellem omkostningsarter og servicedimensioner. Der laves kun meget generelle antagelser, som fx at omkostningerne stiger med serviceniveauet når kommunerne drives effektivt, at forøgelsen af en servicedimension kan kræve reduktion i en anden (substitution) medmindre der føres ekstra ressourcer, og at reduktion af én type ressourcer kan kræve forøgelse af en anden type ressource (substitution) hvis serviceniveauet skal opretholdes. Fordelen ved de parametriske modeller er på den anden side, at de nemmere kan adskille støj i data fra egentlig inefficiens. De i praksis mest anvendte metoder er *Data Envelopment Analysis (DEA)* og *Stochastic Frontier Analysis (SFA)*, som også er de teoretisk mest interessante metoder. SFA's styrke er, at den kan skelne imellem støj og inefficiens, hvilket er mindre vigtigt, idet rapportens formål ikke er at sætte indtægtsrammer baseret på benchmarkingmodellens resultater, men at understøtte læring imellem kommunerne. DEA's fordel er, at den kan tage højde for flere resultatmål samtidig og finde *bedste praksis* i forskellige

retninger samtidig med, at forbedringer i én retning ikke må gøre resultaterne værre i en anden retning. DEA's ulempe er, at det er en deterministisk metode, dvs. den skelner ikke mellem støj og inefficiens.

## 2.2 DEA-metoden

Vi har i denne rapport anvendt *Data Envelopment Analysis* (DEA)-metoden. En fordel ved DEA-metoden er, at den muliggør at give konkrete forbillede-kommuner, hvilket er vigtigt, hvis formålet med at udføre benchmarkinganalysen er, at kommunerne skal lære af hinanden. Derudover er der nogle metodemæssige argumenter for at benytte DEA-analysen. Herunder, at der i DEA-metoden er færre antagelser om de underliggende produktions- og omkostningsfunktioner. Et tredje attraktivt element ved DEA-metoden er, at den tillader, at de forskellige kommuner vurderes ved forskellige aggregeringer af resultatmålene på en sådan måde, at de hver især stilles i det bedst mulige lys, og så der dermed også tages størst muligt hensyn til den prioritering, som den enkelte kommune har lavet. Metoden har bl.a. været brugt til produktivitetsvurderinger af skoler, universiteter, hospitaler, militære enheder, postkontorer, politi og banker. I Danmark har metoden ligeledes været anvendt af ministerier og i konsulentopgaver indenfor en række områder. DEA-metoden bygger på et princip om *minimal ekstrapolation*. Ideen er, at man tager data fra andre enheder (som her kommuner), og så forsøger man at ekstrapolere så lidt som muligt ud fra disse og alligevel nå frem til nogle mulige sammenligninger. Teknisk beskrevet finder man den mindste mængde af input-output kombinationer, som indeholder de faktiske observationer, og som opfylder nogle få supplerende antagelser. Den mest almindelige af disse antagelser er forestillingen om *fri bortkastelse* af input og output. Det betyder, at hvis en kommune får de samme eller flere af alle ressourcer, så kan de i det mindste opnå de samme resultater som før. Og hvis de bliver bedt om at opnå et lavere resultatniveau, så må det tidligere ressourcetræk mindst være nok. En anden almindelig antagelse kaldes *konveksitet*. Det betyder i praksis, at hvis vi har to kommuner, så kan man også analysere på vægtede gennemsnit af disse. Man kan altså konstruere en pseudo-kommune, som fx bruger 25pct. af alle kommune 1's input plus 75pct. af kommune 2's input, og

som producerer 25pct. af kommune 1's output plus 75pct. af kommune 2's output. Konveksitet er, som det fremgår, en lidt mere teknisk antagelse, men det er en antagelse som normalt indgår i økonomiske modeller.

### **2.2.1 Aggregerede indeks for resultaterne**

I benchmarkinganalysen beregnes der indenfor hver af de tre målgrupper, et samlet indeks for de resultater (baseret på tre udvalgte resultatmål), som kommunerne har opnået. Et sådant indeks kan fortolkes som et samlet mål for den indsats, de enkelte kommuner leverer overfor målgruppen. Et resultatbaseret indeks er nyttigt, når kommunernes produktivitet skal sammenlignes. Lavere omkostninger er således ikke i sig selv et udtryk for højere produktivitet, hvis resultaterne af kommunens indsats samtidig er lavere. I denne rapport vil vi dog ikke lave egentlige produktivitetsanalyser. Det skyldes, at det har vist sig overordentligt vanskeligt at etablere gode opgørelser for de anvendte ressourcer. Vi sammenligner derfor ikke produktivitet, og vi vurderer ikke, om de enkelte kommuner har opnået de beregnede resultater på omkostningsefficient vis. En kommune med et højt resultatniveau kan jo potentielt have et meget højere ressourcetræk end en kommune med et lavere resultatniveau, og man kan derfor ikke umiddelbart sige, at den ene kommune er mere effektiv eller produktiv end den anden. Når det alligevel kan være interessant at beregne kommunernes resultater uden inddragelse af ressourceforbrug skyldes det især tre anvendelser. En sådan beregning er selvsagt af interesse for de berørte borgere, som jo vil være mere interesseret i de opnåede effekter, som de nyder direkte godt af, end i de anvendte ressourcer, som de kun i begrænset omfang selv mærker konsekvensen af. En sådan beregning kan også være interessant for politiske beslutningstagere, idet disse typisk vil være interesseret i, hvordan resultaterne af den leverede indsats i egen kommune ligger i forhold til andre kommuner. Endelig er en sådan beregning interessant når man vil opstille mål for, hvor meget man kan håbe at forøge måltallene. Beregningerne kan vise kombinationer af resultatmålene, som er mulige hvis kommunen anvender bedste praksis indenfor området. *Bedste praksis* skal i den forbindelse forstås som de kommuner, der opnår højst mulige resultatniveau. Da ressourcer ikke inddrages,

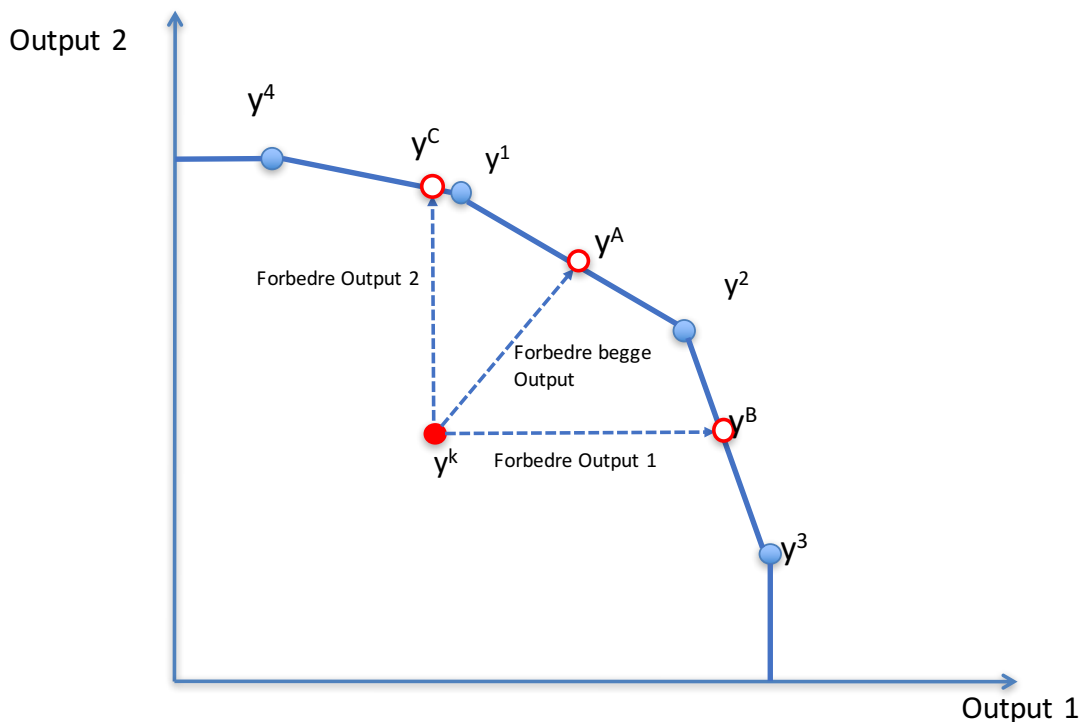
ligger der i *bedste praksis*-måltallene også en implicit accept af, at kommunerne ressourcemæssigt ønsker at holde sig indenfor det nuværende udgiftsniveau.

I Bilag 1 gives en uddybende og lidt mere teknisk forklaring på, hvordan de aggregerede indeks for resultaterne beregnes.

## 2.2.2 Retningsbestemte potentialer

For hver kommune beregnes, hvor meget kommunen kan forbedre resultatmålene, hvis de adopterer bedste praksis, samt hvis de har en målsætning om at forbedre sig på enkelte resultatmål. Ideen er illustreret i Figur 6 nedenfor. Kommune k leverer på nuværende tidspunkt resultatværdier som illustreret ved det fuldt røde punkt  $y^k$ . Bedste praksis fremkommer som en kombination af  $y^1$ ,  $y^2$ ,  $y^3$  og  $y^4$ , som er resultatværdierne for kommunerne 1, 2, 3 og 4, der alle leverer bedste praksis.

Figur 6: Potentialer i forskellige retninger



Hvis kommune k ønsker at forbedre de to resultatmål (output) dimensioner proportionalt, så ender den – hvis den samtidigt adopterer bedste praksis, i punktet  $y^a$ . Resultatmålsværdierne

(outputværdierne) i  $y^A$  kan derfor udgøre et "måltal" hvis kommunen ønsker at forbedre begge resultatmål samtidigt. Hvis ønsket i stedet er at forbedre det første resultatmål uden at ændre noget i forhold til det andet resultatmål, ender vi i punktet  $y^B$ , som i dette tilfælde vil udgøre et ambitiøst men realistisk (praksisbaseret) "måltal". I dette tilfælde er det indsatserne fra forbillederne  $y^2$  og  $y^3$ , som kommune k i særlig grad kan lære af. Hvis kommunen i stedet ønsker at forbedre resultatmål 2 uden at ændre på resultatmål 1, så bliver "mål"  $y^C$  og de interessante forbilleder bliver primært  $y^1$  og sekundært  $y^4$ . En benchmarkinganalyse baseret på DEA-metoden kan på denne måde ikke kun bruges til at bestemme et samlet indeks for resultatniveauet. Analysen kan også bruges til at bestemme konkrete måltal i forskellige retninger, som en kommune kan stræbe efter og til at fastslå, hvilke andre kommuner en kommune især kan lære af. Det interaktive værktøj viser disse måltal for hver kommune individuelt: Det viser kommunens afstand fra aktuel værdi til bedste praksis-måltal (målt i procentpoint), når man forbedrer ét af resultatmålene uden at forringe de andre to (svarende til at gå fra det aktuelle niveau  $y^k$  til  $y^B$  eller fra  $y^k$  til  $y^C$  i Figur 6), og det viser også kommunens forbedring (i procentpoint), når man forbedrer alle resultatmål på én gang (svarende til at gå fra  $y^k$  til  $y^A$  i Figur 6). Ydermere er der i denne rapport beregnet potentialerne for forbedring i procent for hver kommune, når man har fokus på at forbedre alle tre resultatmål på én gang, disse er rapporteret grafisk i de enkelte målgruppekapitler. Disse er beregnet som afstanden fra det aktuelle niveau for resultatmålene til *bedste praksis*-niveau i relation til (dvs. divideret med) det aktuelle niveau. Potentialerne for forbedringer siger således noget om, hvor langt man skal bevæge sig (i procent) fra sit aktuelle niveau for at komme op på *bedste praksis*.

Det er vigtigt at fastslå, at en benchmarkinganalyse ikke kan påvise kausale sammenhænge mellem konkrete indsatser og resultater. Benchmarkinganalyser kan kun anvendes som et redskab til at vise forskelle mellem kommuner, når man tager højde for de forskellige faktorer gennemgået ovenfor. Alt i alt bør resultaterne af benchmarkinganalyserne fortolkes med forsigtighed, og forklaringerne på, hvorfor nogle kommuner klarer sig bedre, bør findes ved erfaringsudveksling kommunerne imellem og effektevaluering af de specifikke indsatser samt mere kvalitative studier.



## 3 Benchmarkinganalyser<sup>9</sup> på det sociale område

Benchmarkinganalyser har i de senere år vundet indpas i den offentlige sektor. Benchmarkingredskabet bruges bl.a. på sundhedsområdet, hvor det eksempelvis er blevet anvendt til at sammenligne kvaliteten på sygehuse, afdelinger eller af specifikke behandlingsformer (Danske Regioner, Finansministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet, 2015; Danske Regioner & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013). På arbejdsmarkedsområdet foreligger der en række benchmarkinganalyser, der sammenligner kommunernes succes med at få folk (kontanthjælpsmodtagere, udlændinge m.fl.) i beskæftigelse eller i uddannelse (Arendt et al., 2004, Arendt et al., 2014b, Arendt et al., 2014a, Jacobsen et al., 2016). Derudover er der foretaget en række benchmarkinganalyser på undervisnings- og kulturområdet (Wittrup & Bogetoft, 2011, Bogetoft & Wittrup, 2014).

På socialområdet har brugen af benchmarkinganalyser været mere begrænset. Størstedelen af analyserne på socialområdet omhandler det specialiserede socialområde, specialskoleområdet, handicapområdet og psykiatriområdet. Derudover er der foretaget benchmarkinganalyser på ældreområdet og af familieforanstaltninger og services relateret til udsatte børn og unge. Fælles for disse analyser er, at størstedelen af benchmarkingen er baseret på sammenligning af simple gennemsnit på tværs af kommunerne. Der justeres kun i få tilfælde for forskelle i kommunernes rammevilkår eller andre faktorer, dog gælder det for disse analyser, at der benchmarkes op imod enkelte sammenlignelige kommuner (opgjort på en række rammevilkår). Analyserne er alle baseret på kvantitative data, men enkelte (BDO, 2013, Deloitte, 2014) er understøttet af kvalitative interviews og sagsgennemgange mm., der har til formål at kortlægge organiseringen og praksis

---

<sup>9</sup> For størstedelen af de anførte analyser gælder det, at der ikke er tale om egentlige benchmarkinganalyser, men snarere forskellige typer af variationsanalyser.

(herunder kvaliteten af sagsbehandlingen) på området. Benchmarkinganalyserne er i langt de fleste tilfælde baseret på registerdata fra Danmarks Statistik eller data fra kommunernes egne systemer. Der er kun enkelte studier, der selv indsamler surveydata (Amilon, 2009, Gentofte, Gladsaxe et al., 2010). Flertallet af benchmarkinganalyserne foretager en sammenligning af kommunernes omkostningsniveau på udvalgte områder. Derudover er der en række analyser, der benchmarker kommunernes serviceniveau, udvalgte resultatmål eller kvaliteten af sagsbehandlingen. Kun én af nedenstående anførte analyser tager højde for forskelle i omkostningsinput ved sammenligningen, og det er samtidig også den eneste benchmarkinganalyse, der har benyttet en DEA-model (Wittrup et al., 2013). Derudover findes diverse nøgletalspublikationer (i nedenstående nævnes kun et par eksempler), der bl.a. benchmarker kommunerne på en række nøgletal på det sociale område.

I det følgende beskrives kort enkelte eksempler på benchmarkinganalyser på socialområdet.

- **Frederikssund Kommune – Analyse af handicap- og psykiatriområdet** (udarbejdet af Deloitte): Analyse af Frederikssund Kommunes handicap- og psykiatriområde. Analysen er gennemført i ultimo 2013/ primo 2014, og omfatter området for voksne borgere med handicap, sindslidelse, misbrug og/eller sociale problemer. Benchmarkinganalysen indgår som en delanalyse i den samlede analyse af området, og sammenligner Frederikssunds Kommunes omkostnings- og serviceniveau med en række sammenlignelige kommuner. Benchmarkinganalysen perspektiveres med en analyse af kommunernes sociale profil, der gør det muligt at sammenligne Frederikssund Kommunes sociale vilkår med øvrige kommuner, ved anvendelse af en række socioøkonomiske indikatorer. Analysen er suppleret med en kvalitativ indsamling af data om funktionsniveau (baseret på screening af 79 borgere), som sættes i relation til udgiftsniveauerne (Deloitte, 2014).
- **Haderslev Kommune – Analyse af området for voksne med særlige behov** (udarbejdet af BDO): Analyse af området for voksne med særlige behov i Haderslev Kommune. Benchmarkinganalysen indgår som en delanalyse i den samlede analyse af området, og

sammenligner Haderslev Kommunes udgifts- og aktivitetsniveau med fire andre kommuner. Benchmarkingen er baseret på økonomi- og aktivitetsdata for 2011, 2012 og 2013. Benchmarkinganalysen er suppleret af en kvalitativ dækning af specialrådgivningens rådgivning og praksis (BDO, 2013).

- **Tønder Kommune – Benchmarkinganalyse af det specialiserede voksenområde** (udarbejdet af BDO): Analyse af området for voksne med særlige behov i Tønder Kommune. I benchmarkinganalysen sammenlignes Tønder Kommunes udgifts- og aktivitetsniveau på centrale ydelsesområder på det specialiserede voksenområde med en række sammenlignelige kommuner. Analysen bygger primært på data fra 2012 (BDO, 2014).
- **Kommunale serviceniveauer og produktivitet** (udarbejdet af KORA): Benchmarkinganalyse af serviceniveau og produktivitet i danske kommuner på basis af DEA-metoden. Der beregnes et samlet indeks for kommunal service, der ikke (direkte) er baseret på udgiftsdata. Indekset reflekterer herved ikke, hvor mange penge kommunen bruger, men hvad kommunen faktisk leverer af service til borgerne. I rapporten ses der bl.a. på en række indikatorer for udsatte børn og unge, sindslidende, voksne handicappede og specialskoler (Wittrup et al., 2013).
- **Benchmarking af kommunernes sagsbehandling– antagelser, metode og resultat** (udarbejdet af SFI): Analysen sammenligner og rangordner kommunerne på andelen af fejlbehæftede sager samt på, i hvor høj grad de afgjorte sager er rigtigt oplyste. Rangordningen er baseret på en statistisk analyse af, om resultatet for kommunerne er statistisk signifikant forskelligt fra gennemsnittet af kommunerne. I regressionerne justeres der for sværhedsgraden af sagen. Derudover justeres der i følsomhedsanalyserne for en række andre kontrolvariabler (Amilon, 2009).
- **Benchmarkinganalyse – Sønderborg Kommune** (udarbejdet af Sønderborg Kommune): Analyse af relevante nøgletal på de serviceområder, hvor Sønderborg har høje nøgletal

indenfor servicerammen i forhold til andre kommuner. For at begrænse betydningen af kommunernes rammevilkår i benchmarkinganalysen, er der sammenlignet med sammenlignelige kommuner. Analysen bygger primært på data fra Danmarks Statistik og Kommunernes Landsforening for regnskab 2010-2012. På det socialområde sammenlignes en række nøgletal vedr. foranstaltninger på voksenhandicapområdet (Sønderborg Kommune, 2013).

- **Kommunalreformopgaver 2010 – Voksne med særligt behov** (udarbejdet af Gentofte, Gladsaxe, Greve, Helsingør, Hillerød og Høje-Taastrup kommuner): Benchmarkinganalyse af det specialiserede socialområde og specialundervisning i 6 sjællandske kommuner. Rapporten analyserer nøgletal for kommunernes udgiftsniveauet og antal foranstaltninger. Derudover forsøges forskelle imellem kommunerne forklaret med udgangspunkt i kommunernes rammebetingelser. Analyserne er primært baseret på egne indsamlede data og dækker perioden 2007-2009 (Gentofte, Gladsaxe et al., 2010).
- **Benchmarkinganalyse af ældreområdet i Hjørring Kommune** (udarbejdet af KORA): Benchmarkinganalyse af ældreområdet i Hjørring Kommune. I analysen sammenlignes Hjørring Kommunes udgiftsniveau på ældreområdet med en række udvalgte sammenlignelige kommuner. Sammenligningskommunerne er fundet med udgangspunkt i kommunernes udgiftsbehov. Kommunernes udgiftsbehov fastsættes via en statistisk model på baggrund af 12 individbaserede baggrundsvariable, der på landsplan er fundet enten at reducere eller øge sandsynligheden for, at borgerne modtager hjemmepleje. Analysen består af to delanalyser. I delanalyse 1 sammenlignes Hjørring Kommunes udgiftsniveau med 10 udvalgte sammenligningskommuner og i delanalyse 2 sammenlignes Hjørring Kommunes udgiftsniveau mere detaljeret (herunder også service- og produktivitetsindikatorer) med 3 udvalgte sammenligningskommuner (Christensen & Feilberg, 2015).

- **Udgifter, brugere og enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde – En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014** (udarbejdet af KORA):  
Benchmarkinganalyse af Region Sjællands 17 kommuner på det specialiserede voksenområde. Analysen benchmarker på følgende tre parametre: Udgifter pr. 18-64-årig, brugerandele i befolkningen, og enhedsudgifter. Rapporten indeholder også en regional benchmarkinganalyse, hvor Region Sjælland sammenlignes med de andre regioner. Analyserne er baseret på data fra Danmarks Statistik, KORA og de 17 kommuner i Region Sjælland (Dalsgaard & Lemvig, 2016).
- **Udgifter, brugere, enhedsudgifter på det specialiserede børneområde – En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014** (Udarbejdet af KORA):  
Benchmarkinganalyse af Region Sjællands 17 kommuner på det specialiserede børneområde. Analysen benchmarker på følgende fire parametre: Udgifter pr. 0-22-årig, brugerandele, og enhedsudgifter og brugerandele korrigeret for forskelle i social baggrund. Rapporten indeholder også en regional benchmarkinganalyse, hvor Region Sjælland sammenlignes med de andre regioner. Analyserne er baseret på data fra Danmarks Statistik (Kløpenborg & Dalsgaard, 2016).
- **Sårbare børn – hvem er de, hvor bor de, og hvordan klarer de sig i skolen?** (Udarbejdet af KORA på vegne af Socialstyrelsen 2015): Analyse af bl.a. kommunale forskelle i sårbare børns skolepræstationer i grundskolen. Sammenligningerne er baseret på sårbare børn fra fødselsårgangene 1992-1997. I analysen estimeres for hver kommune, hvor meget kommunen hæver eller sænker det gennemsnitlige sårbare barns karakterer ved afgangsprøve i forhold til landsgennemsnittet. Der anvendes logistisk multilevel regression til at identificere af kommuneeffekterne. I analyserne tages der højde for både børnenes- og forældrenes baggrundskarakter. Analyserne er baseret på data fra Danmarks Statistik (Kløpenborg & Wittrup, 2015).

- **Kend din kommune – Brug Nøgletal i Styringen 2017** (Udarbejdet af Kommunernes Landsforening(KL)): Analyse af kommunerne på en række nøgletal, herunder nøgletal relateret til udsatte børn og unge, samt voksen handicappede mm. I analysen tages der ikke højde for forskelle i kommuners borgersammensætning. I rapporten fremgår ændringerne i nøgletallene i forhold til året før. Tallene er opgjort på baggrund af data fra det fælleskommunale ledelsesinformationssystem, FLIS (KL, 2017b).
- **De udsatte Børn – Nøgletal 2017** (Udarbejdet af KL). Analyse af kommunerne på en række nøgletal, der fokuserer på kommunernes arbejde med de udsatte børn og unge. Analysen tager ikke højde for forskelle i den socioøkonomiske sammensætning af kommunernes borgersammensætning (KL, 2017a).

Sammenfattende kan det konkluderes, at kun få af de eksisterende benchmarkinganalyser korrigerer for forskelle i kommunernes rammevilkår på individniveau. Endvidere viser gennemgangen af benchmarkinganalyserne, at stort set alle analyser er partielle analyser. Kun et studie har benyttet en DEA-model (Wittrup et al., 2013).

## 4 Datagrundlag

Benchmarkinganalyserne i denne rapport er baseret på registerdata fra Danmarks Statistik. Dette har den klare fordel, at analyserne relativt let vil kunne opdateres i fremtiden uden de store omkostninger. Brugen af registerdata på individniveau gør det desuden muligt at tage højde for rammevilkår på individniveau inden for målgruppen (fx sværhedsgraden af det problem, der definerer målgruppen), samt individuelle baggrundskarakteristika tilbage i tid før indsatserne.

Alle de tre målgrupper er således defineret med udgangspunkt i Danmarks Statistiks registre. Hjerneskadepopulationen er defineret ud fra Landspatientregisteret. Personer med stofmisbrug er defineret ud fra databasen over Ventetider vedrørende Behandlingsgaranti for Stofmisbrugere (VBGS) og unge i behandling for psykiske problemer er defineret med udgangspunkt i Landspatientregisteret (for psykiatri), Sygesikringsregisteret og Lægemiddeldatabasen. Derudover er der anvendt en række registre til at opgøre de respektive resultatmål (beskrevet i 5.3, 0 & 7.4).

Dette drejer sig om:

- Landspatientregisteret (LPR)
- Beskæftigelsesministeriets forløbsdatabase (DREAM)
- Sygesikringsregisteret (SSSY)
- Lægemiddeldatabasen(LMDB)
- Komprimeret Elevregister (KOTO)
- Kriminalstatistik Afgørelse (KRAF)
- Folkeskolens karakterer (UDFK)

Endelig er nedenstående registre anvendt til at opgøre de i afsnit 5.4, 6.4 & 7.5. beskrevne rammevilkår på individniveau:

- Befolkningsregisteret (BEF)
- Uddannelsesstatistikregisteret (UDD)
- Indkomstregisteret (INDH)
- Sygesikringsregisteret (SSSY)
- Landspatientregisteret (LPR)
- Lægemedeldatabasen (LMDB)
- Hjemmehjælp i eget hjem (AEFV)
- Apopleksiregisteret (DAP)
- Stofmisbrugsdatabasen (SIB)
- Den Integrerede Database for Arbejdsmarkedsforskning, Personer (IDAP)

#### 4.1 Nyere data ved opdatering af benchmarkinganalysen

Som tidligere nævnt benytter denne analyse data på resultatmålene fra perioden 2011-13 og afspejler således ikke nødvendigvis kommunernes resultater her og nu. Dette skyldes følgende tre årsager:

- Analyserne er baseret på registerdata tilgængelige fra Danmarks Statistik, hvor det gælder for de fleste registre, at der generelt er en tidsforsinkelse på minimum 1-2 år.
- Der er ikke blevet indhentet nyere data direkte fra dataejerne.
- Projektet er et udviklingsprojekt, der blev påbegyndt i starten af 2016. Data er derfor blevet opdateret siden hen.

Udfordringerne med at få adgang til helt nye data relaterer sig kun til resultatmålene, idet resultaterne altid vil blive målt et stykke tid *efter* indsatsene rent faktisk har fundet sted. Data, der anvendes til at definere populationerne og til at korrigere for rammevilkår på individniveau, vil derfor altid skulle stamme fra et par år tilbage.

Ved en opdatering af benchmarkinganalyserne vil det, for langt de fleste resultatmål, være muligt at måle kommunernes resultater med kun ét års forsinkelse, såfremt nogle af de anvendte registre leveres direkte fra dataejerne til Danmarks Statistik. Tabel 3 viser de seneste tilgængelige år i



skrivende stund for de registre, der benyttes til at danne de i rapporten inkluderede resultatmål, samt hvorfra de nyeste data kan indhentes.

**Tabel 3: Oversigt over nyeste tilgængelige data**

<b>Resultatmål</b>	<b>Register</b>	<b>Nyeste år<sup>10</sup></b>	<b>Kilde</b>
Beskæftigelse	DREAM	2016	Danmarks Statistik
	Landspatientregisteret (LPR)	2016	Sundhedsdatastyrelsen
Fravær af psykiske komplikationer	Sygesikringsregisteret (SSSY)	2016	Sundhedsdatastyrelsen
	Lægemiddelstatistikdatabasen (LMDB)	2016	Danmarks Statistik
Kriminalitet	Kriminalstatistikregisteret (KRAF)	2016	Danmarks Statistik
Uddannelse	Komprimeret elev register (KOTO) <sup>11</sup>	2016	Danmarks Statistik
	Folkeskolens karakterer (UDFK)	2016	Danmarks Statistik

<sup>10</sup> Målt fra dags dato for rapporten, dvs. juni 2017.

<sup>11</sup> Opdateres ikke længere, men er erstattet af KOTRE, der lige nu er opdateret til og med 2016.

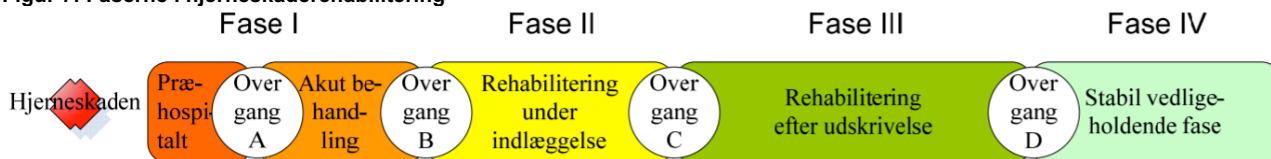
# 5 Personer med hjerneskade

## 5.1 Kommunens opgaver for målgruppen

En erhvervet hjerneskade (herefter hjerneskade) kan enten skyldes en apopleksi (blodprop i hjernen eller hjerneblødning), en traumbaseret hændelse (fx ulykke eller vold) eller andre typer af sygdomme eller hændelser, der påvirker hjerneaktivitet (fx skader efter en infektion, hjernesvulst eller efter forgiftning). Følgevirkningerne af en hjerneskade kan være af både motorisk, mental, sansemæssig og sproglig karakter. Der er stor variation i både sværhedsgraden af hjerneskaden og behovet for rehabilitering. Flere overlever i dag alvorlige traumer og sygdomme i hjernen, hvilket betyder at flere personer lever med følger efter hjerneskade. Dette har medført at behovet for rehabilitering af personer med hjerneskade er steget (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Gruppen fylder meget i den kommunale rehabilitering. Ifølge Visitationsretningslinjerne (Sundhedsstyrelsen, 2014) udgør personer med apopleksi to tredjedele af gruppen med behov for genoptrænings-/og eller rehabiliteringsindsatser efter udskrivelse. Rehabiliteringsindsatsen har afgørende betydning for om borgeren opnår den bedst mulige funktionsevne og det bedst mulige sundhedsniveau (både fysisk og psykisk) efter at have fået en hjerneskade. Det gælder uanset skadens omfang, placering og alder. Endvidere er det i langt de fleste tilfælde afgørende for effekten af rehabilitering, at indsatsen sker i umiddelbar forlæggelse af sygehusopholdet (Sundhedsstyrelsen, 2011b).

Figur 7 nedenfor viser faserne i hjerneskaderehabilitering. Sygehusene har ansvaret for rehabilitering under indlæggelsen (primært den orange og gule fase). Efter udskrivelsen fra sygehuset overgår ansvaret for rehabilitering til kommunerne (primært den grønne og blå fase (Sundhedsstyrelsen, 2011a).

Figur 7: Faserne i hjerneskaderehabilitering



Kilde: Forløbsprogram for hjerneskaderehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2011a)

I det efterfølgende beskrives sygehusenes og kommunernes ansvarsopgaver i forbindelse med et hjerneskaderehabiliteringsforløb.

Sygehuset har ansvaret for rehabilitering under indlæggelsen. Derudover er det sygehusets ansvar at sikre, at kommunen bliver inddraget så tidligt som muligt, og at de får de relevante oplysninger for at kunne planlægge rehabiliteringsforløbet. Der skal derfor foreligge en tværfagligt udarbejdet genoptræningsplan ved udskrivelsen, hvis patienten har et genoptræningsbehov. I genoptræningsplanen fastlægges blandt andet, hvilket specialiseringsniveau patienten henvises til (rehabilitering på **alment** eller **specialiseret** niveau). Hvis der i genoptræningsplanen angives '**alment** niveau', tager kommunen stilling til, om patienten skal rehabiliteres på basalt eller på avanceret niveau. Hvis genoptræningsplanen angiver '**specialiseret** niveau', har kommunen intet valg, men skal tilbyde rehabilitering på **specialiseret** niveau. Rehabilitering på basalt niveau varetages som oftest inden for kommunens egne rammer. Rehabilitering på avanceret niveau varetages af kommunen evt. med tilkøb af fra private eller andre leverandører. Rehabilitering på **specialiseret** niveau varetages i tværkommunale samarbejder og ved tilkøb. Kravene til dette specialiseringsniveau er så omfattende, at kun få kommuner er store nok til at varetage dette uden samarbejde eller tilkøb fra udbydere, der tilbyder sammenhængende, helhedsorienterede og intensive forløb (ofte omfattet af rammeaftalerne og Socialstyrelsens Nationale Koordination).

Rehabiliteringsindsatsen for personer med erhvervet hjerneskade er ikke eksplicit beskrevet i lovgivningen, men falder ind under flere forskellige lovområder (Sundhedsstyrelsen, 2011a, Socialstyrelsen, 2016a). Kommunen har mulighed for at visitere til indsatser, der kan indgå som delelementer i den samlede rehabiliteringsindsats. Indsatserne kan ligge inden for sundheds-, social-, beskæftigelses-, og undervisningsområdet. Borgere udskrevet fra sygehuset med en

genoptræningsplan skal tilbydes rehabilitering. Denne vil typisk finde sted i umiddelbar forlængelse af et behandlingsforløb på sygehus (ambulant eller indlagt). Kommunen har ansvaret for alle rehabiliteringsindsatser uafhængigt af lovgivningen. Herunder visitation til indsatser, tilrettelæggelse af det samlede rehabiliteringsforløb, genoptræning af bevægelsesfunktioner, mentale funktioner og andre relevante kropsfunktioner, støttende og kompenserende indsatser, socialpædagogisk bistand, specialundervisning for voksne, hjælpemidler, støtte til pårørende og botilbud (Socialstyrelsen, 2016a).

Påvirkningen af de mentale funktioner er en særlig udfordring for personer med hjerneskade, og har betydning for den fremtidige funktionsevne. Det er derfor afgørende, at der i rehabiliteringen også tages hensyn til de mentale aspekter ved en hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Personer med hjerneskade har ofte så komplekse problemstillinger, at de i en årrække vil have et rehabiliteringsbehov (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Kommunens opgaver dækker udover ansvaret for rehabilitering også sygedagpenge og pension, udredning af arbejdsevne og revalidering, støtte til pårørende, hjemmehjælp og hjemmesygepleje, transport mm.

Udover behovet for koordination imellem de forskellige kommunale indsatser er det også nødvendigt, at der sker en koordinering imellem kommunen, praksissektoren og sygehuse og evt. specialiserede rehabiliteringstilbud (Sundhedsstyrelsen, 2014).

## **5.2 Definition og beskrivelse af målgruppen**

I dette afsnit defineres målgruppen, og udvælgelsen af analysepopulationen beskrives i detaljer. Analysepopulationen er den del af målgruppen, vi ender med at kunne gennemføre analysen på. Afsnittet afsluttes med en kort beskrivelse af analysepopulationen.

### **Definition af målgruppen**

I denne analyse defineres målgruppen af personer med hjerneskade som personer, der i perioden 2010-12 har været indlagt med en hjerneskaderelateret diagnosekode, og som er over 18 år. Diagnosekoderne er defineret i Landspatientregisteret ved udvalgte ICD10 diagnosekoder fra

forløbsprogrammet (se Boks 2 for de specifikke koder). Der skal gælde, at personen har været indlagt med minimum 1 af de udvalgte aktionsdiagnoser i perioden 2010-2012 for at blive inkluderet i målgruppen. Personer, der kun har ambulante kontakter og/eller skadestuebesøg vedrørende hjerneskaden, ekskluderes. Det er kun indeksindlæggelsen, der tæller med i opgørelsen af hjerneskade. Det betyder, at for en person, der fx har haft en hjerneskade både i 2010, 2011 og 2012, indgår kun indlæggelsen i 2010. Den samlede målgruppe består af 57.644 personer.

**Boks 2: Inklusionskriterier - Diagnosekoder**

**Apopleksi** (blodprop i hjernen og hjerneblødning) og andre sammenlignelige sygdomme DI61, D163, D164, DI67 – DI68 (undtaget DI67.4)

**Transitorisk Cerebral Iskæmi (TCI)** DG45 – DG46

**Traumatisk hjerneskade** DS020, DS021, DS027-DS029, DS061-DS071, DS097, DT020, DT040, DT060

**Encephalopati** (diffus hjerneskade af anden årsag) DB220, DE159, DE512, DG410, DG929, DG931, DG938, DG978, DI460, DO292, DO743, DO754, DO892, DT58, DT719, DT751, DT754  
**Infektioner** (betændelse i hjernen og i hjernens hinder) DA321, DA390, DA398, DB003, DB004, DB451, DB582, DG00, DG01, DG040, DG042, DG048, DG05, DG060, DG07-DG09

**Tumor i hjernen** (kræft samt godartede svulster i hjernen) DC70-DC71, DD32, DD330, DD332, DD337, DD339

**Subarachnoidal blødning** (hjernehindeblødning) DI60

**Andre sammenlignelige sygdomme** DG372, DI674, DI720

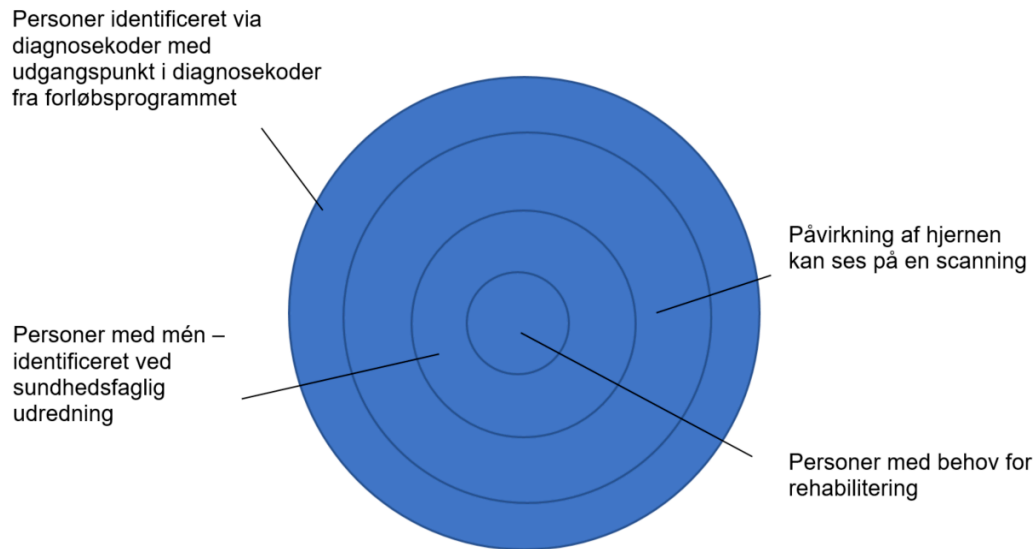
Definitionen af hjerneskademålgruppen følger samme definition som den, der anvendes i forløbsprogrammet. Definitionen er udelukkende baseret på diagnosekoder og dækker derfor bredt over alle personer, der formodes enten at have haft en hjerneskade eller at være i risiko for at udvikle en hjerneskade. Denne gruppe af personer er afspejlet i den yderste ring i

Figur 8. Det faktiske antal personer med hjerneskade udgør kun en delmængde af denne gruppe. Ved scanning er det (i de fleste tilfælde) muligt at identificere, hvorvidt der er sket en påvirkning på hjernen. Personer, hvor hjernen er blevet påvirket, er afspejlet i den anden-yderste ring i

Figur 8. Selvom der er sket en påvirkning af hjernen, har personen ikke nødvendigvis mén på grund af det. Den tredje-yderste ring i

Figur 8 afspejler de personer, der har fået mén af påvirkningen på hjernen. Ydermere er det ikke alle med en hjerneskade, der har et behov for rehabilitering. Der kan godt være tilfælde, hvor en person har mén efter ændringen på hjernen, men ikke har behov for rehabilitering. Personer med hjerneskade, der har behov for rehabilitering udgør derfor en delmængde af de personer, der har haft en hjerneskade. Personer med behov for rehabilitering er afspejlet i den inderste ring i

Figur 8. Det er ikke muligt at sige noget om, hvor store de respektive delmængder er. Forløbsprogrammet forsøger at identificere personer med behov for rehabilitering på baggrund af indlæggelsestid. Det er ikke uproblematisk at benytte indlæggelsestid som en proxy for et behov for rehabilitering, idet nogle personer med meget kort indlæggelsestid, har et rehabiliteringsbehov, fx patienter, der ikke har fysiske mén, men som har mentale og/eller kommunikative symptomer. Omvendt er der personer med lang indlæggelsestid, fx af somatiske komplikationer, der ikke har et behov for rehabilitering. En anden tilgang til at identificere gruppen af personer med hjerneskade med behov for rehabilitering er ud fra om de har fået en genoptræningsplan. Denne information findes i Genoptræningsregisteret (GES). Data om genoptræningsplaner er dog blevet vurderet til at være meget fejlbehæftede. Validiteten af disse data skønnes derfor for ringe til at data kan anvendes til vurdering af behovet for rehabilitering efter en hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2014). I analysen anvendes som udgangspunkt den brede definition af målgruppen (yderste ring i Figur 8) hvor der justeres for behovet for rehabilitering defineret ved liggetid. Det er vurderet, at dette er den bedst mulige måde at definere målgruppen af personer med hjerneskade på, ud fra det data, der på nuværende tidspunkt eksisterer.

**Figur 8: Beskrivelse af målgruppen af hjerneskadede (defineret ved diagnosekoder) og underliggende grupper i målgruppen**

Desuden afgrænses data på følgende måde: En person tilskrives den kommune han/hun havde bopæl i d.1 januar i det år, hjerneskaden opstod. Hjerneskadede, der dør eller fraflytter kommunen i perioden fra hjerneskaden indtræder og to år frem, ekskluderes. Denne restriktion bevirker, at analysepopulationen for personer med hjerneskade reduceres til 41.264 personer.<sup>12</sup>

Analyserne er endvidere kun lavet for kommuner, der samlet set i perioden 2010-2012 har mindst 30 personer med hjerneskade. Dette gælder for 97 af de 98 kommuner i Danmark. Læsø kommune havde under 30 personer med hjerneskade, og indgår derfor ikke i benchmarkinganalysen. Dette betyder, at det samlede antal personer i analysepopulationen for personer med hjerneskade i perioden 2010-2012 er 39.678. (Processen med at definere analysepopulationen er opsummeret i Tabel 4 og yderligere beskrevet i Bilag 2.1.)

<sup>12</sup> Det har kun været muligt at identificere bopælskommune frem til og med år 2013 (Befolkningsregisteret 2014). Det betyder, at for personer, hvor hjerneskaden opstod i 2012, er analysen betinget af, at de ikke er fraflyttet kommunen i året efter hjerneskaden.

**Tabel 4: Udvælgelse af målgruppen personer med hjerneskade**

<b>Udvælgelse til hjerneskade analysepopulation</b>	
Antal hjerneskadede personer 2010-2012	<b>57.644</b>
Døde op til ultimo 2013	16.380
Fraflyttet kommunen	1.445
Manglende data i befolkningsregisteret i relevante år	127
Personer i kommune med under 30 hjerneskadepatienter i analyseperioden	14
<b>Antal personer i analysepopulationen</b>	<b>39.678</b>

### Beskrivelse af målgruppen

Cirka halvdelen analysepopulationen har haft en apopleksi (20.543), 14.283 har haft en traumatisk hjerneskade (TBI) og 4.852 har haft en anden type af hjerneskade. Antallet af personer med hjerneskade har været gradvist stigende for alle tre typer af hjerneskader igennem perioden (Tabel 5).

**Tabel 5: Antal personer med hjerneskade fordelt på år og type**

Type	År			Total
	2010	2011	2012	
Traumatisk hjerneskade	4.594	4.777	4.912	14.283
Apopleksi	6.585	6.673	7.285	20.543
Anden type hjerneskade	1.597	1.539	1.716	4.852
<b>Total</b>	<b>12.776</b>	<b>12.989</b>	<b>13.913</b>	<b>39.678</b>

Andelen af borgere med en hjerneskade varierer en lille smule imellem kommunerne, dog er variationen relativt begrænset, når der sammenlignes med variationen i andelen af personer med stofmisbrug kommunerne imellem. Antallet af personer med hjerneskade pr. år og som andel af den samlede befolkning i kommunen, er rapporteret for hver af de inkluderede 97 kommuner i Tabel 57 i bilag 2.1.



Gruppen af personer med hjerneskade er bl.a. kendetegnet ved, at lidt over halvdelen har en partner, at der er en lille overrepræsentation af mænd, at størsteparten er ældre personer – 57 pct. er over 65 år, hovedparten har folkeskole eller en erhvervsuddannelse som højest fuldførte uddannelse (henholdsvis 39 pct. og 36 pct.). 19 pct. har en videregående uddannelse (til sammenligning har 21 pct. af personer uden hjerneskade med samme køn og samme alder en videregående uddannelse). Cirka en fjerdedel kan karakteriseres som arbejdsmarkedsparete før hjerneskaden og 21 pct. havde psykiske komplikationer før hjerneskaden indtraf. Deskriptive tal for samtlige individkarakteristika inkluderet i analysen fremgår i Tabel 60 i bilag 2.3.1. Sammenlignet med personer uden hjerneskade med samme køn og samme alder er uddannelsesniveaut generelt lidt lavere hos personer med hjerneskade, mens der ikke er forskel i gennemsnitsindkomsten (se Tabel 61 i bilag 2.3.1).

### 5.3 Definition og beskrivelse af resultatmål

Følgende resultatmål indgår i benchmarkinganalysen for målgruppen personer med hjerneskade:

- Beskæftigelse
- Fravær af psykiske komplikationer<sup>13</sup> hos personer med hjerneskade
- Fravær af psykiske komplikationer hos partnere til personer med hjerneskade

Målet har været at identificere en række resultatmål, der på bedst mulige vis reflekterer, i hvor høj grad personer med hjerneskade vender tilbage til samme (eller bedst mulige) funktionsevne og helbreds niveau, som før hjerneskaden opstod. Dette har imidlertid vist sig at være relativt kompliceret, fordi resultatmålene kan defineres på adskillige måder, og fortolkningen af resultatmålene er ikke nødvendigvis entydig. Begrundelse for valg af resultatmål og deres potentielle akilleshæle beskrives nærmere i de følgende afsnit.

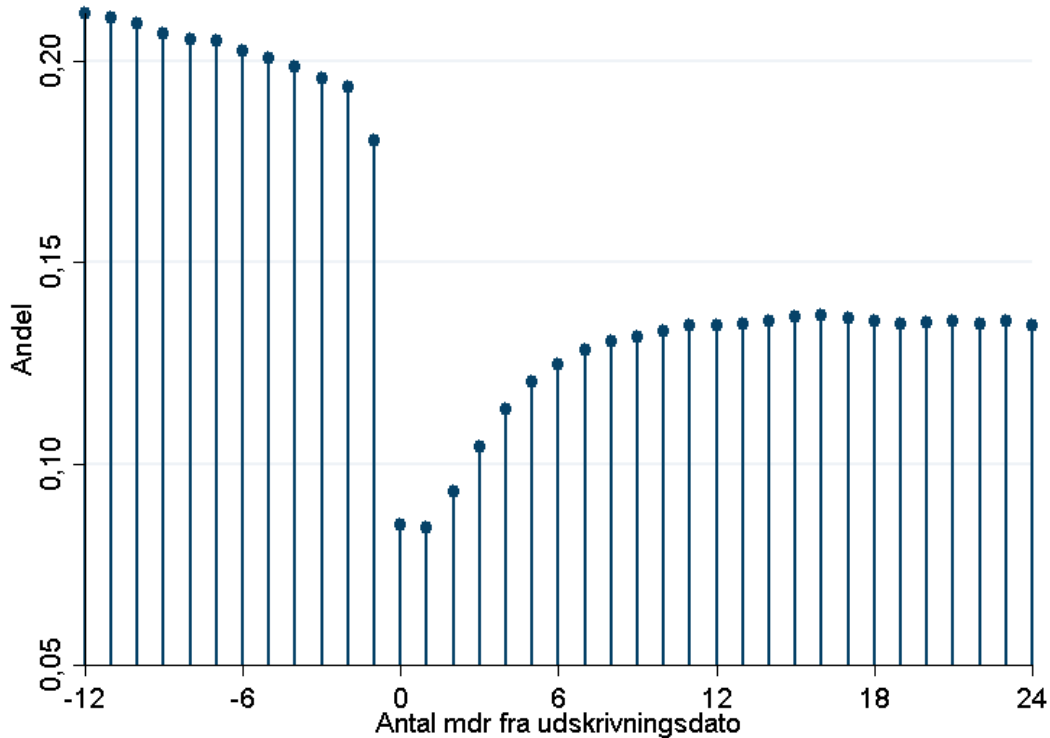
---

<sup>13</sup> Ved fravær af psykiske komplikationer forstås fravær af terapeutisk eller farmakologisk depressions- og angstbehandling.

## Beskæftigelse

Det er svært at måle funktionsniveau for målgruppen i registerdata, men for målgruppen i den erhvervsaktive alder, kan man antage, at arbejdsmarkedstilknytning til en vis grad kan betragtes som en proxy for funktionsniveau. Endvidere sættes der i forbindelse med en sygemelding ind med forskellige indsatser (Socialstyrelsen, 2016a), der skal få den sygemeldte tilbage i arbejde. Beskæftigelse inkluderes derfor som et resultatmål i analysen. Der er generel enighed om, at det at vende tilbage i beskæftigelse efter en hjerneskade anses som en succesparameter, både for personer med hjerneskade og for samfundet. Fortolkningen af resultatmålet beskæftigelse anses derfor at være klar. Endvidere findes der meget detaljerede og valide beskæftigelsesdata, der gør det muligt med stor sikkerhed at opgøre, om personer med hjerneskade kommer i beskæftigelse efter hjerneskaden. Detaljeringsgraden af data giver samtidig mulighed for at definere beskæftigelse efter en hjerneskade på adskillige måder. Generelt defineres det "at være i beskæftigelse" på mange forskellige måder. Nogle studier definerer fx "beskæftigelse" som at man er i beskæftigelse i 3 sammenhængende måneder, andre benytter 6 måneder og andre igen ser på beskæftigelsesgraden som andelen af måneder i beskæftigelse (ikke nødvendigvis sammenhængende måneder) ud af en given periode. Der kan argumenteres for og imod hver af definitionerne i forhold til forskellige målgrupper. I herværende analyse defineres beskæftigelse ved at personen var i beskæftigelse mindst én måned i løbet af perioden 12-24 måneder efter udskrivningsdatoen fra sygehuset. Det ses af Figur 9, at den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad for personer med hjerneskade falder drastisk i den måned hjerneskaden indtræffer og måneden efter, for herefter at stige gradvist til omkring ca. 12 måneder efter hjerneskaden, hvor den gennemsnitlige beskæftigelsesgrad mere eller mindre stabiliserer sig frem til 24 måneder efter hjerneskaden. Dette indikerer, at tilpasningen til et stabilt niveau er sket, når vi betragter personer med hjerneskade 12 til 24 måneder efter skaden.

Figur 9: Den gennemsnitlige beskæftigelsesfrekvens pr. måned i månederne op til og efter udskrivningen fra sygehuset

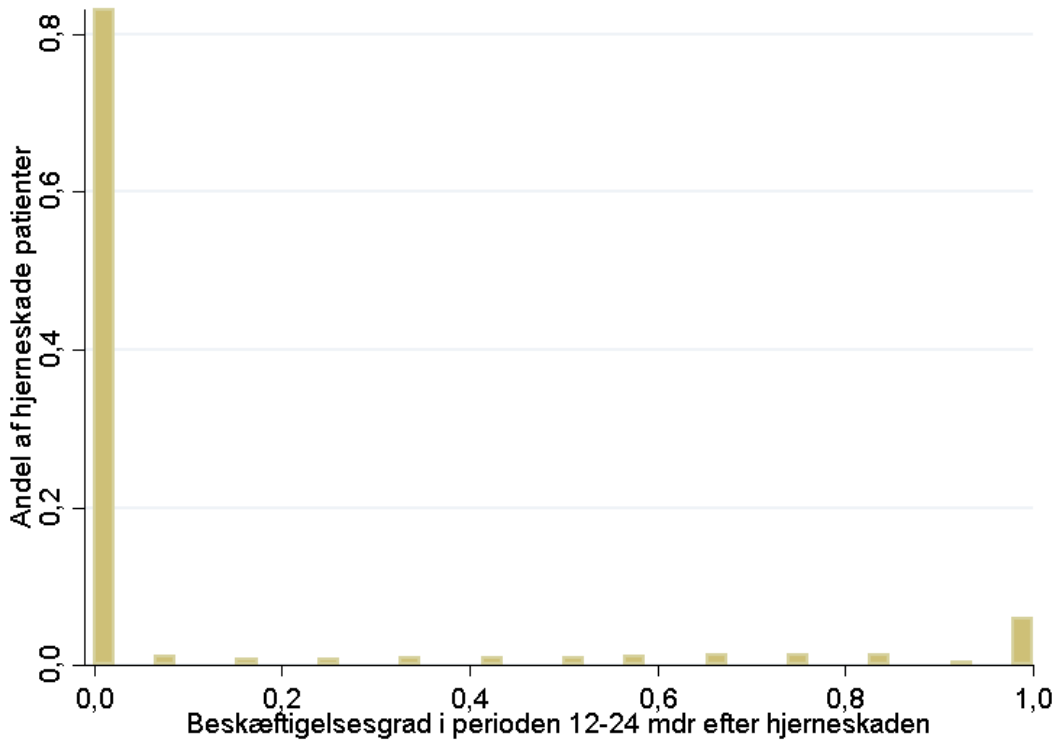


Personer, der er 59 år og derover på tidspunktet for hjerneskaden ekskluderes fra analysen. Dette gøres for at sikre, at de inkluderede personer ikke er overgået til efterløn eller folkepension i den periode beskæftigelse måles i. Derudover inkluderes kun de personer, der i de forudgående 12 måneder fra indlæggelsesdatoen var i beskæftigelse minimum én måned. Det vil sige at personer på efterløn, førtidspension, i skånejob eller som modtager løntilskud i måneden før hjerneskaden ekskluderes af denne analyse, fordi det formodes at sandsynligheden for, at disse personer kommer i arbejde efter hjerneskaden, vil være meget lille<sup>14</sup>. Den største ulempe ved at analysere beskæftigelse for denne målgruppe er, at man ved at se på dette resultatmål kun måler kommunernes resultater for den yngre del af målgruppen.

<sup>14</sup> Det betyder at antallet af personer i analysepopulationen pr kommune reduceres, hvilket betyder at yderligere 10 kommuner ekskluderes fra analysen af beskæftigelse, da antallet af personer med hjerneskade er under 30. Det gælder kommunerne Samsø, Fanø, Ærø, Dragør, Odder, Ishøj, Langeland, Hørsholm, Vallensbæk og Nordfyns.

Hvis man imidlertid betragter beskæftigelsesfrekvensen i hver af de 12 måneder i perioden 12 -24 måneder efter udskrivningen fra sygehuset ses det, at ca. 80 pct. af hele populationen overhovedet ikke er i beskæftigelse i denne periode, og at ud af de resterende 20 pct. er der stort set lige mange, der er i beskæftigelse i 1 måned, henholdsvis 2 måneder, og så videre op til 11 måneder (ikke nødvendigvis sammenhængende måneder) og en lidt højere andel, som er i beskæftigelse i alle 12 måneder i perioden, se Figur 10 nedenfor.

Figur 10: Andelen af personer i den fulde population der er i beskæftigelse i 0-12 måneder i perioden 12 -24 måneder efter behandlingsstart.



Hvis man imidlertid betragter beskæftigelsesfrekvensen i hver af de 12 måneder i perioden 12 -24 måneder efter udskrivningen fra sygehuset ses det, at ca. 80 pct. af hele populationen overhovedet ikke er i beskæftigelse i denne periode, og at ud af de resterende 20 pct. er der stort set lige mange, der er i beskæftigelse i 1 måned, henholdsvis 2 måneder, og så videre op til 11 måneder (ikke nødvendigvis sammenhængende måneder) og en lidt højere andel, som er i beskæftigelse i alle 12 måneder i perioden, se Figur 10. Figur 10 indikerer, at beskæftigelse muligvis kunne analyseres anderledes: først skulle man analysere, om personer med hjerneskade overhovedet kommer i beskæftigelse eller ej – dvs. enten er man aldrig i beskæftigelse i perioden eller også er

man i beskæftigelse i mindst én måned. I et andet trin skulle man så analysere, hvad sandsynligheden er for at komme i beskæftigelse i 1 måned, 2 måneder, osv., givet at man er i beskæftigelse i mindst én måned. Set fra et indsatsmæssigt perspektiv kunne disse to resultatmål nemlig være succesfulde resultater af forskellige politiske mål i kommunen: nogle kommuner kunne være gode til, eller have som mål, at få folk ud på arbejdsmarkedet fremfor at have fokus på fastholdelse, mens andre kommuner kunne være gode til, eller have som mål, at matche virksomheder og borgere med særlige behov (fx personer med hjerneskade) med særligt henblik på fastholdelse i beskæftigelse. Begge dele kan betegnes som et succesfuldt resultat. En analyse som den her beskrevne ville have været et værdifuldt supplement til benchmarkinganalysen. Ved nærmere inspektion af data viser det sig imidlertid, at antallet af kommuner med over 30 personer med hjerneskade falder markant, når analysepopulationen afgrænses til kun at inkludere personer, der har været i beskæftigelse mindst én måned efter hjerneskaden, samtidig med at der skal gælde at personen er under 59 år og var i beskæftigelse inden hjerneskaden indtraf. Eftersom benchmarkinganalysen skal være så landsdækkende som muligt, er vi derfor nødt til at holde os til kun at lave den første analyse. Vi definerer derfor det at være i beskæftigelse som at være i beskæftigelse i mindst én måned ud af de 12 måneder i perioden 12 – 24 måneder efter behandlingsstart.

### **Fravær af psykiske komplikationer**

På senhjerneskadeområdet er man nået langt indenfor neurokirurgi og neurovidenskaben, hvilket betyder, at mange i dag overlever svære neurologiske traumer. Omvendt har der været mindre fokus på det psykologiske traume, der kan være forbundet med at få en hjerneskade. En hjerneskade, der kommer fra den ene dag til den anden, kan ændre personers liv markant på alle områder. De kan opleve at folk kigger og taler til dem på en anden måde, der kan virke nedladende, og de kan opleve tab af roller og positioner i familie- og arbejdslivet, som i høj grad påvirker deres identitet (Glintborg, 2015). En del personer med senhjerneskader oplever at få en depression, angst, forringet livskvalitet, identitets- og eksistentielle problemer mv. efter

hjerneskaden. Årsagen er uklar, men der er sandsynligvis tale om både direkte organiske mekanismer såvel som psykosociale følger som reaktion på hjerneskaden. Charlotte Glintborg finder i ph.d.-afhandlingen "Grib mennesket" (Glintborg, 2015), at en tredjedel af de inkluderede personer i studiet havde depressioner og mere end 60 pct. forringet livskvalitet, få vendte tilbage til arbejde og mange har svært ved at forson sig med, hvem de var nu. Endvidere finder Charlottes Glintborgs i sin følgeforskning, at dette billede stadig er gældende 5 år efter, hvor hun besøger klienterne og de pårørende igen. Hovedparten af de inkluderede personer fortalte, at de aldrig var blevet spurgt til hvordan de havde det, men i stedet, hvordan det gik med diverse praktiske ting? De sagde "Vi lærer at lave kaffe og dække bord, men vi lærer ikke at leve igen." (Følgeforskning til Glintborg (2015)). Endvidere finder Møller, H. et al. (2014), at ca. 40 pct. af de personer, som får apopleksi, oplever mild til moderat depression inden for det første år. Pårørende til personer med hjerneskade påvirkes også af en række psykosociale følger og har selv øget risiko for at udvikle psykisk sygdom. Risikoen for at udvikle depression kan muligvis (evidensen er ikke høj) nedsættes ved at tilbyde psykoedukation om sorg og krisereaktioner og undervisning i coping/mestringsstrategier, samt opfølgende samtaler og supplerende korterevarende psykosociale/adfærdsmæssig indsatser og motion til personer med hjerneskade og deres pårørende(Sundhedsstyrelsen, 2011a). Det er således sandsynligt, at kommunerne (og for såvel også den regionale del af rehabiliteringen) med sådanne indsatser kan mindske risikoen for, at personen med hjerneskade og deres partner får psykosociale konsekvenser, der kræver lægeordineret behandling (medicin eller psykolog). Charlotte Glintborg konkluderer i ph.d.-afhandlingen "Grib mennesket" (Glintborg, 2015), at de pårørende har et stort behov for støtte i forhold til sorg og tab. Endvidere konkluderer hun, at de pårørende ikke tilbydes systematisk støtte for nuværende, samt at de savner selv at modtage et tilbud som en del af rehabiliteringsindsatsen. Derfor inkluderes den psykiske tilstand efter hjerneskaden hos både personen med hjerneskade og partneren ligeledes som resultatmål i analysen.

I analysen defineres fravær af psykiske komplikationer hos personer med hjerneskade og partnere som personer, der ikke har indløst en recept på antidepressiv medicin (ATC-kode N06A\*) og/eller

haft en tilskudsberettiget kontakt med en psykolog inden for 24 måneder efter udskrivelsesdatoen for hjerneskadeindlæggelsen. I analysen af, hvorvidt partneren til personen med hjerneskade har fravær af psykiske komplikationer efter hjerneskaden, inkluderes kun de personer fra målgruppen, der inden hjerneskaden indtraf (målt pr. 1. januar i det år, hvor hjerneskaden indtraf) var gift, havde en samlever eller levede i et registreret partnerskab. Partneren til personen med hjerneskade er herefter identificeret i befolkningsregisteret.<sup>15</sup>

Der er stor usikkerhed om, hvorvidt det anvendte mål for psykiske komplikationer reelt reflekterer kommunens faktiske andel af personer (med hjerneskade og partnere) med fravær af psykiske komplikationer, bl.a. fordi psykiske komplikationer kun kan måles som brug af antidepressiv medicin og psykologhjælp bevilget over sygesikringen. Der kan derfor være personer, der oplever psykiske komplikationer efter hjerneskaden, men som af forskellige årsager ikke er i behandling og derfor vil indgå i gruppen af personer med fravær af psykiske komplikationer, på trods af at de reelt lider af en depression eller lignende. Charlotte Glintborg finder bl.a. i ph.d.-afhandlingen "Grib mennesket" (Glintborg, 2015), at nogle borgere havde valgt at takke nej til antidepressiv behandling, da de så det som en naturlig reaktion på det, de havde oplevet. Spørgsmålet er derfor, om det er rimeligt at antage, at kommuner med en høj andel af personer med fravær af psykiske komplikationer leverer en bedre rehabiliteringsindsats end de kommuner med en lav andel af personer med fravær af psykiske komplikationer. Såfremt kommunerne med den rette rehabiliteringsindsats kan hindre personer med hjerneskade og deres partnere i at udvikle psykiske komplikationer, kan man argumentere for, at en høj andel af personer med fravær af psykiske komplikationer må anses som en succesparameter. Omvendt kan man argumentere for, at en lav andel kan forklares ved, at kommunen ikke er opmærksom på de personer, der har et behov for et psykisk behandlingstilbud. I forløbsprogrammet (Socialstyrelsen, 2016a) og Visitationsretningslinjerne (Sundhedsstyrelsen, 2014) står der bl.a., at et større fokus på rehabiliteringspsykologiske indsatser kan være en måde at håndtere nogle af de identitets- og

---

<sup>15</sup> Ærø og Samsø ekskluderes fra analysen af psykiske komplikationer for partneren, af konfidentialitetshensyn (N<30).

følelsesmæssige udfordringer, som en hjerneskade kan medføre for borgeren og pårørende. Kommuner med stor andel af borgere med psykologhjælp, kan derfor blot være et udtryk for, at kommunerne har haft fokus på psykologiske rehabiliteringsindsatser (i den sammenhæng skal det dog bemærkes, at de omtalte publikationer først er publiceret efter analyseperioden 2010-2013). Dertil kommer, at det særligt for personer med hjerneskade i mange tilfælde vil gælde, at de oplever psykiske komplikationer uagtet hvilken rehabiliteringsindsats, de modtager. Endelig kan der være regionale forskelle på, hvornår der på sygehuset ordineres antidepressiv medicin. Det skyldes måske, at nogle sygehuse har et større fokus på de psykiske konsekvenser af en hjerneskade end andre. Derudover kan der også være regioner, der yder ekstra tilskud til psykologhjælp for personer med hjerneskade. Sidst men ikke mindst udskrives antidepressiv medicin også i nogle tilfælde til behandling af somatiske komplikationer (smertebehandling). Alle disse faktorer gør det meget svært at tolke på de psykisk relaterede resultatmål. Der kan derfor stilles spørgsmål ved, hvorvidt det er meningsfyldt at inkludere de to psykiske resultatmål i benchmarkinganalysen, når der er så stor usikkerhed om, hvorvidt de reelt opfanger fravær af psykiske komplikationer, samt hvorvidt fraværet af psykiske komplikationer er entydigt positivt. Trods denne usikkerhed er de to resultatmål alligevel medtaget i analysen, primært fordi analysen af variationen mellem kommuner i disse resultatmål bidrager med ny viden og kan give anledning til en relevant diskussion af årsagerne bag variationen. Endvidere har et af formålene med at lave DEA-analyserne, fremfor de oftere anvendte partielle benchmarkinganalysemetoder, netop været at sikre, at benchmarkinganalysen lægger vægt på, at kommunerne ikke fokuserer deres indsats ensidigt på fx beskæftigelse, men har en mere holistisk tilgang til rehabiliteringsindsatsen, hvor også mere psykiske aspekter som følge af en hjerneskade, samt trivsel hos partneren til personen med hjerneskade, tænkes ind i indsatsen.

Alle resultatmål opgøres med udgangspunkt i udskrivningsdatoen fra indeksindlæggelsen. Den første hjerneskaderelaterede indlæggelse i perioden 2010-2012 betegnes indeksindlæggelsen. Efterfølgende hjerneskaderelaterede indlæggelser inden for 14 dage (defineret fra indlæggelsesdato) formodes at være relateret til indeksindlæggelsen og bliver derfor henført til



indeksindlæggelsen. I tilfælde af, at der sker en overflytning fra et sygehus til et andet (indskrivningsdatoen ved anden indlæggelse er samme dato som udskrivningsdato for den foregående indlæggelse) i forlængelse af en indlæggelse, der opstod inden for 14 dage efter indeksindlæggelse, henføres denne indlæggelse ligeledes til indeksindlæggelsen.

Den præcise definition af resultatmålene er beskrevet detaljeret i bilag 2.2

Beskrivelse af de tre resultatmål i Tabel 6. Tabel 6 viser minimum, maksimum, gennemsnittet og standardafvigelsen for hvert af de tre resultatmål over kommunerne. Heraf ses, at der for hvert af de tre resultatmål er en vis grad af variation imellem kommunerne.

**Tabel 6: Beskrivende statistik for resultatmålene**

Resultatmål	N	Minimum	Maksimum	Standardafvigelse	Gennemsnit
Beskæftigelse	87	0,52	0,85	0,07	0,69
Fravær af psykiske komplikationer hos partneren	95	0,77	0,92	0,02	0,83
Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade	97	0,56	0,77	0,05	0,67

**Note:** Beskæftigelse opgøres kun for personer, der var i beskæftigelse før indeksdatoen

Tabel 7 - Tabel 9 viser fordelingen af resultatmålene efter typen af hjerneskaden. Andelen af personer, der kommer i beskæftigelse efter hjerneskaden er størst hos personer med traumatisk hjerneskade. Her kommer ca. 82 pct. i beskæftigelse efter hjerneskaden, hvor kun ca. 60-62 pct. kommer i beskæftigelse i de to andre grupper.

**Tabel 7: Beskæftigelsesstatus efter hjerneskaden fordelt på hjerneskadetype**

Hjerneskadetype	Beskæftigelse efter hjerneskaden		
	N	Nej	Ja
Traumatisk hjerneskade	2.639	18,2 pct.	81,8 pct.
Apopleksi	2.748	40,0 pct.	60,0 pct.
Andre typer af hjerneskade	1.553	37,9 pct.	62,1 pct.
<b>Total</b>	<b>6.940</b>	<b>31,3 pct.</b>	<b>68,8 pct.</b>

Hjerneskadetyperne "traumatisk hjerneskade" er den gruppe, der har den højeste andel af personer med hjerneskade, hvis partner ikke har psykiske komplikationer efter hjerneskaden. Andelen varierer dog begrænset over de tre typer af hjerneskader.

Tabel 8: Psykisk status hos partneren efter hjerneskadene fordelt på hjerneskadetype

Hjerneskadetype	N	Psykiske komplikationer hos partner efter hjerneskadene	Fravær af psykiske komplikationer hos partner efter hjerneskadene
Traumatisk hjerneskode	8.961	16,2 pct.	83,8 pct.
Apopleksi	11.738	17,7 pct.	82,3 pct.
Andre typer af hjerneskode	3.007	18,5 pct.	81,5 pct.
<b>Total</b>	<b>23.706</b>	<b>17,2 pct.</b>	<b>82,8 pct.</b>

Et lignende billede viser sig for personerne med hjerneskode, hvor andelen med fravær af psykiske komplikationer ligeledes er størst blandt personer med traumatisk hjerneskode.

Tabel 9: Psykisk status efter hjerneskadene fordelt på hjerneskadetype

Hjerneskadetype	N	Psykiske komplikationer efter hjerneskadene	Fravær af psykiske komplikationer efter hjerneskadene
Traumatisk hjerneskode	4.852	27,0 pct.	73,0 pct.
Apopleksi	20.543	37,5 pct.	62,5 pct.
Andre typer af hjerneskode	14.283	34,5 pct.	65,5 pct.
<b>Total</b>	<b>39.678</b>	<b>33,3 pct.</b>	<b>66,7 pct.</b>

Tabel 10 viser sammenhængen imellem henholdsvis beskæftigelsesstatus, psykiske status for personen med hjerneskode og psykiske status for partneren før og efter hjerneskadene for de tre resultatmål. Tabel 10 viser, at ca. 24 pct. af personerne med hjerneskode var i beskæftigelse inden hjerneskadene indtraf, og at ca. 67 pct. af disse fortsat er i beskæftigelse efter hjerneskadene. Tabel 11 viser at ca. 79 pct. af personerne med hjerneskode ikke oplevede psykiske problemer året før hjerneskadene, og at ca. 79 pct. af disse også havde fravær af psykiske komplikationer efter hjerneskadene. Tabel 12 viser at ca. 86 pct. af partnerne ikke havde psykiske problemer før hjerneskadene, og at 93 pct. af dem heller ikke havde psykiske komplikationer efter hjerneskadene indtraf. Overraskende fremgår det af både

Tabel 11 og Tabel 12, at andelen af dem, der oplevede psykiske problemer før hjerneskadene, men efter hjerneskadene havde fravær af psykiske komplikationer, er på størrelse med andelen, der oplevede psykiske komplikationer efter hjerneskadene uden at have haft det før. Dette resultat

understreger usikkerheden om, hvorvidt den pågældende definition af fravær af psykiske komplikationer reelt opfanger personer med fravær af psykiske komplikationer, eller blot opfanger de personer, der ikke er i behandling. Spørgsmålet er, om de personer, der før hjerneskaden havde psykiske problemer reelt oplever en forbedring af deres psykiske tilstand, eller om resultatet omvendt skyldes, at en gruppe mennesker af ukendte årsager stopper med deres behandling for depression, selvom de fortsat oplever psykiske komplikationer.

**Tabel 10: I beskæftigelse før hjerneskaden (n=39.678)**

I beskæftigelse	Efter hjerneskaden		
	Total	Nej	Ja
<b>Før hjerneskaden</b>			
Nej	76,1 pct.	98,7 pct.	1,3 pct.
Ja	24,0 pct.	33,5 pct.	66,5 pct.
Total	100 pct.	83,1 pct.	16,9 pct.

**Tabel 11: Psykiske problemer hos personer med hjerneskade (n=39.678)**

Fravær af psykiske problemer	Efter hjerneskaden		
	Total	Nej	Ja
<b>Før hjerneskaden</b>			
Ja	79,4 pct.	20,6 pct.	79,4 pct.
Nej	20,7 pct.	82,3 pct.	17,7 pct.
Total	100 pct.	33,3 pct.	66,7 pct.

**Tabel 12: Psykiske problemer hos partner (n=23.706)**

Fravær af psykiske problemer hos partner	Efter hjerneskaden		
	Total	Nej	Ja
<b>Før hjerneskaden</b>			
Ja	85,6 pct.	7,4 pct.	92,6 pct.
Nej	14,4 pct.	75,6 pct.	24,4 pct.
Total	100pct.	17,2 pct.	82,8 pct.

#### 5.4 Rammevilkår på individniveau

For personer med hjerneskade justeres der for en række variabler, der formodes at afspejle kommunernes rammevilkår på individniveau (detaljeret beskrevet i bilag 2.2), og som formodes at påvirke udfaldet af resultatmålet. Variablerne kan inddeles i tre kategorier: 1) socioøkonomiske og

demografiske faktorer, 2) helbredstilstanden før hjerneskaden, samt 3) sværhedsgraden af hjerneskaden. Det er særligt vigtigt at korrigere for sværhedsgraden og kompleksiteten<sup>16</sup> af hjerneskaden, på grund af den store variation i prognose og rehabiliteringsbehov, der kan tilskrives hjerneskadens sværhedsgrad (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Endvidere viser forskning (Dikmen, Ross et al., 1995), at tilstedeværelsen og graden af psykosociale begrænsninger efter en traumatisk hjerneskade afhænger af demografiske karakteristika og sværhedsgraden af hjerneskaden. Sværhedsgraden af skaden har betydning for bl.a. beskæftigelsesstatus og i hvor høj grad personer er afhængig af deres pårørende (Dikmen et al., 1995). Ligeledes peger studier på, at uddannelsesniveau og alder har betydning for sandsynligheden for at komme tilbage i beskæftigelse (Engberg & Teasdale, 2004, Teasdale & Engberg, 2005, Treger et al., 2007, Teasdale, 2012).

#### Socioøkonomiske og demografiske variabler:

- Alder, køn, national oprindelse, indkomst, uddannelse og om personen har en partner (gift, har en samlever, lever i et registreret partnerskab).

#### Helbredshistorik:

- Forbrug af sundhedsydelse 12 måneder før indeksindlæggelsen
- Tidligere hjerneskadeindlæggelser
- Modtager af hjemmehjælp – personen har på et tidspunkt i de 12 forudgående måneder inden hjerneskaden modtaget hjemmehjælp.

#### Sværhedsgraden af hjerneskaden<sup>17</sup>:

<sup>16</sup> Det er desværre ikke muligt at beskrive kompleksiteten af hjerneskaden ud fra registerdata.

<sup>17</sup> Sværhedsgraden er målt ved liggetid, hvilket ikke er et perfekt mål for sværhedsgraden af hjerneskaden, idet andre faktorer end hjerneskaden kan spille ind på liggetid. Et dansk studie har vist, at sværhedsgraden ikke opfanges tilstrækkeligt ved de tilgængelige data fra landspatientregisteret. Studiet finder bl.a. en række variabler fra den kliniske apopleksidatabase, som giver et bedre billede af

- Rehabiliteringsbehov *under indlæggelsen* – defineret ved indlæggelsesdage (forløbsprogrammet). Disse variabler bygger på en antagelse om at der er en lineær sammenhæng imellem længere indlæggelsesvarighed, større sygdomskompleksitet og behov for specialiseret rehabilitering, målt ved sygehusafdelingens specialiseringsniveau:
  - Rehabiliteringsbehov svarende til hovedfunktionsniveau:
    - Apopleksipatienter: indlæggelse på 5-28 dage
    - Andre typer af hjerneskade: indlæggelse på 8-28 dage
  - Rehabiliteringsbehov svarende til regionsfunktionsniveau: indlæggelse på 29-59 dage
  - Rehabiliteringsbehov svarende til højt specialiseret niveau: indlæggelse på 60 dage og derover.
- Behov for rehabilitering *efter udskrivningen fra sygehuset* - defineret ved indlæggelsesdage (forløbsprogrammet)
  - Apopleksipatienter: indlæggelser på 3 eller flere dage
  - Anden hjerneskade: indlæggelser på 4 eller flere dage
- Typen af hjerneskade:
  - Apopleksi
  - Traumatisk hjerneskade
  - Andre typer af hjerneskade

---

sværhedsgraden af hjerneskaden Kristiansen, N. S., et al. (2014). "Off-hours admission and acute stroke care quality: a nationwide study of performance measures and case-fatality." *Stroke* **45**(12): 3663-3669.

Der er lavet følsomhedsanalyser, hvor en række variabler fra apopleksidatabasen blev inkluderet (bl.a. Scandinavian Stroke Scale). Resultaterne viser, at disse variabler har meget begrænset - og i de fleste tilfælde ikke statistisk signifikant betydning - for udfaldet af resultatmålene. Apopleksidatabasen indeholder kun data for apopleksipatienter, hvorfor analyserne, der inkluderer disse variabler, kun kan laves for apopleksipatienterne. Vi har derfor valgt at holde os til liggetid som en proxy for hjerneskadens sværhedsgrad.

- Udskrivningsmåde – er man udskrevet til behandling hos:
  - Almen praksis
  - Speciallæge
  - Andet sygehusafsnit
  - Andet/behandlet i udlandet
- Andre variabler:
  - Psykiske komplikationer før hjerneskaden – hos personen med hjerneskade
  - Psykiske komplikationer før hjerneskaden – hos partneren
  - I beskæftigelse før hjerneskaden

Den sidste gruppe af variabler relaterer sig til værdier af resultatmålene før hjerneskaden opstod. For de to resultatmål omhandlende psykiske komplikationer, inkluderes en variabel, der indikerer, om personen med hjerneskade eller partneren havde psykiske komplikationer (defineret på samme måde som resultatmålet) i de 12 forudgående måneder op til hjerneskaden.

## 5.5 Resultater

I dette afsnit gennemgås resultaterne fra den lineære sandsynlighedsmodel, og der konkluderes på, hvorvidt analysen bør korrigeres for kommunernes rammevilkår på individniveau, samt hvilken betydning det har at gøre det.

### 5.5.1 Hvilke rammevilkår på individniveau påvirker resultatmålet

Regressionsresultaterne fra de lineære sandsynlighedsmodeller findes i bilag 2.3.2. Heraf fremgår sammenhængen imellem de i afsnit 5.4 omtalte rammevilkår på individniveau og de respektive resultatmål. Det ses, at langt de fleste af de inkluderede rammevilkår på individniveau er statistisk signifikante for alle tre resultatmål. Generelt forklarer de inkluderede rammevilkår på individniveau en forholdsvis stor andel af variationen i resultatmålene. Tabel 13 angiver, hvor stor en andel af den samlede variation i de tre resultatmål, der kan forklares ved kommunens rammevilkår på individniveau, og hvor stor en andel af variationen, der kan henføres til kommunen, når der er

korrigeret for rammevilkår på individniveau (målgruppens baggrundskarakteristika). Det fremgår, at kommunens rammevilkår på individniveau forklarer imellem ca. 19 pct. og 41 pct. af variationen i de tre resultatmål over kommunerne, og at når denne variation er "taget ud", forklarer de kommune-specifikke effekter omkring 0,5 pct.-1,7 pct. Den resterende variation skyldes faktorer, der ikke kan forklares af hverken karakteristika ved målgruppen, der kan observeres i data, eller faktorer, der kan tilskrives de enkelte kommuner. Det er med andre ord langt størstedelen af den forklarede variation, der skyldes individuelle karakteristika.

**Tabel 13: Andel variation i resultatmålet forklaret af modellen (pct.)**

<b>Del af modellen</b>	<b>Beskæftigelse</b>	<b>Fravær af psykiske komplikationer</b>	<b>Fravær af psykiske komplikationer hos partner</b>
Individuelle rammevilkår og tidseffekter	18,5	31,4	40,8
Kommunespecifikke effekter	1,69	0,62	0,46

Rammevilkårene på individniveau med størst betydning for resultatmålene, samt forklaringsgraderne ( $R^2$ ) for de tre modeller fremgår af Tabel 14. Fortegnene på de estimerede koefficienter er alle som forventede. Variationen i beskæftigelse kan primært forklares ved sværhedsgraden og typen af hjerneskaden, samt indkomstniveauet før hjerneskaden. For resultatmålet "fravær af psykiske komplikationer" forklarer tidligere psykiske komplikationer størstedelen af variationen, men også sværhedsgraden af hjerneskaden forklarer en relativ stor del af variationen i resultatmålet. For resultatmålet "fravær af psykiske komplikationer hos partner" er det primært, hvorvidt partneren har haft psykiske problemer tidligere, samt komplikationen af hjerneskaden defineret ved indlæggelsestid, der forklarer en stor del af variationen i resultatmålet. Sammenlignes resultaterne fra regressionerne for de tre resultatmål, ses det at nogle af rammevilkårene på individniveau forklarer en større del i variationen i nogle resultatmål end i andre, og at nogle faktorer kan have stor betydning for udfaldet af et resultatmål og slet ingen for udfaldet af et andet resultatmål. Et eksempel på dette er fx indkomst, der har en forholdsvis stor betydning for, hvorvidt personer med hjerneskade kommer i arbejde efter hjerneskaden, men slet ingen betydning har for, hvorvidt partneren til personen med hjerneskade oplever fravær af

psykiske komplikationer efter hjerneskaden. De korrigerede resultatmål er afbildet med deres konfidensintervaller i Figur 33 – Figur 35 i bilag 2.3.3.

Det skal bemærkes, at eftersom der i hver målgruppe er forholdsvis mange kommuner med et lavt antal personer i analysepopulationen, vil der være en del usikkerhed på både de ukorrigerede og de korrigerede resultatmål. Derudover bør man ift. de korrigerede resultatmål holde sig for øje, at der kan være faktorer som ikke kan findes i registerdata, og der dermed ikke kan kontrolleres for, og som har betydning for resultatmålene. Dette understreges af, at en stor del af variationen i resultatmålene er u-forklaret.

Et eksempel kan være netværk og menneskelig støtte som er faktorer, som vil have betydning for den enkeltes mulighed for at være i beskæftigelse. Disse faktorer er mere udefinerbare og der findes ikke gode mål for dem i registerdata.

**Tabel 14: Rammevilkår på individniveau med størst betydning, samt forklaringsgraden.**

Resultatmål	Rammevilkår på individniveau med størst betydning	R <sup>2</sup>
Beskæftigelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udskrevet til behandling i udlandet eller kategorien andet (-)</li> <li>• Traumatisk hjerneskade (+)</li> <li>• Rehabiliteringsniveau under indlæggelsen               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hovedfunktionsniveau (-)</li> <li>○ Regionsfunktionsniveau (-)</li> <li>○ Højt specialiseret niveau (-)</li> </ul> </li> <li>• Disponibel indkomst               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interval 137.514 - 174.636 (+)</li> <li>○ Interval 174.639 - 242.552 (+)</li> </ul> </li> </ul>	0,202
Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykiske komplikationer før hjerneskaden</li> <li>• Rehabiliteringsniveau under indlæggelsen               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Regionsfunktionsniveau (-)</li> <li>○ Højt specialiseret niveau (-)</li> </ul> </li> </ul>	0,320
Fravær af psykiske komplikationer hos partneren til den hjerneskadede	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykiske komplikationer før hjerneskaden (-)</li> <li>• Rehabiliteringsniveau under indlæggelse – højt specialiseret niveau (-)</li> </ul>	0,412

**Note:** Et plus (+) efter et rammevilkår angiver at dette rammevilkår påvirker positivt, fx har personer med traumatisk hjerneskade en højere sandsynlighed end gennemsnittet for at komme i beskæftigelse. Et minus (-) angiver at rammevilkåret påvirker negativt.



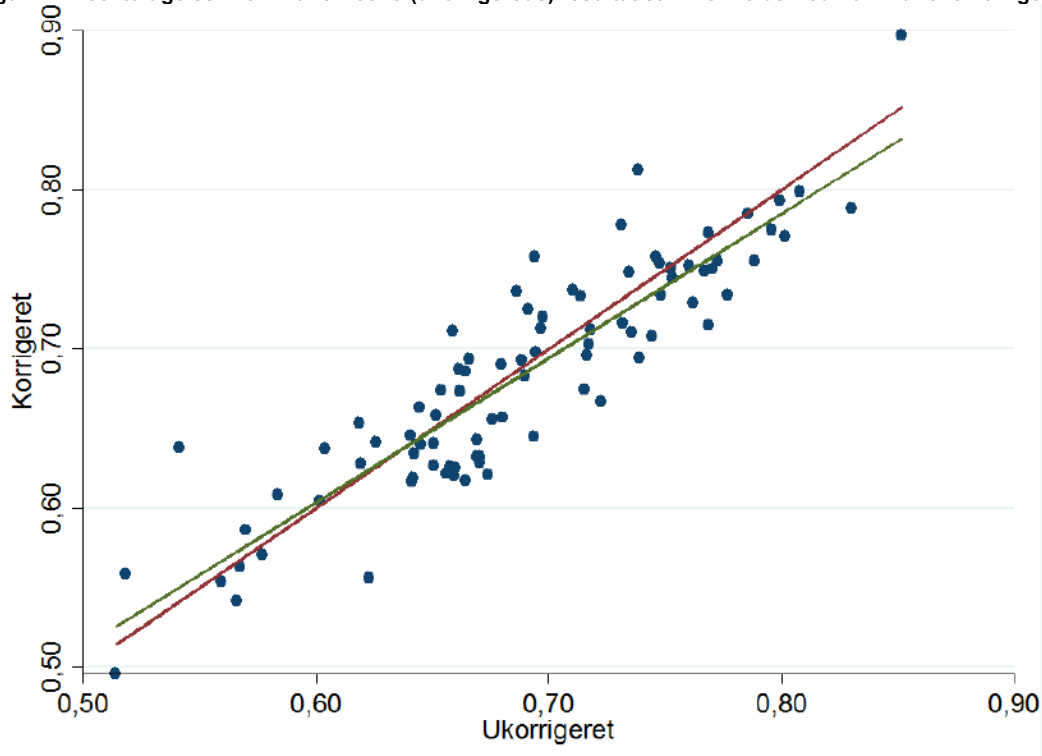
### 5.5.2 Bør man korrigere for kommunernes rammevilkår på individniveau?

Et af formålene med rapporten har været at afdække betydningen af at korrigere for kommunernes rammevilkår på individniveau i benchmarkinganalyserne. Dette afsnit undersøger derfor, hvor stor en forskel det gør at korrigere for rammevilkår på individniveau i forhold til kommunernes rangering, samt i forhold til variationen i niveauerne af resultatmålene. Dette gøres ved at sammenligne kommunens ukorrigerede resultatmål med de korrigerede (dvs. korrigeret for rammevilkår på individniveau) resultatmål.

#### Beskæftigelse

Figur 11 afbilder de ukorrigerede beskæftigelsesandele blandt hjerneskadede ud af den vandrette akse og de korrigerede beskæftigelsesandele op ad den lodrette akse, hvor hvert punkt således repræsenterer én kommunes niveauer af de to værdier for andelen af beskæftigelse (ukorrigeret, korrigeret). Den røde linje er 45 graders linjen, dvs. hvis et punkt ligger netop på denne linje, er kommunens ukorrigerede andel af beskæftigelse blandt hjerneskadede lig med det korrigerede, dvs. for denne kommune gør det ingen forskel at korrigere. Hvis en kommunes punkt ligger langt væk fra 45 graders linjen, gør det derimod en stor forskel at korrigere for denne kommune. Det, som denne graf kan vise, er, om variationen i andelen af beskæftigelse bliver mindre, når man korrigerer for individuelle rammevilkår: Hvis punkterne til højre i grafen (kommunerne med de højeste ukorrigerede andele af beskæftigelse) systematisk ligger under 45 graders linjen, mens punkterne til venstre i grafen (kommunerne med de laveste ukorrigerede andele af beskæftigelse) systematisk ligger over 45 graders linjen, betyder det, at de højest rangerede kommuner får lavere resultatmål, når der korrigeres, mens de lavest rangerede kommuner får højere andel af beskæftigelse, når der korrigeres. Med andre ord, så bliver variationen mellem de højeste og de laveste kommuner mindre. Der er en svag tendens til, at de højest rangerede kommuner fremstår med et lavere niveau og de lavest rangerede med et højere niveau, hvilket mindsker spændet fra højest til lavest. Dette er illustreret ved, at den grønne linje (som er regressionssammenhængen mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål) er lidt fladere end 45 graders linjen.

Figur 11: Beskæftigelse: Kommunernes rå (ukorrigerede) resultat sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Figur 11 viser, at der for de fleste kommuner er forskel på de ukorrigerede og korrigerede resultatmål for beskæftigelse, samt at spændet (variationen) mellem de højest og lavest rangerede kommuner mindskes en smule, når der korrigeres for individuelle rammevilkår.

Vi fokuserer herefter på to grupper af kommuner for at se, om rangeringen for disse to grupper ændres. Vi ser på de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner. Tabel 15 viser, hvordan de fem kommuner med det højeste niveau af resultatmålet, og de fem største kommuner ændrer rangering når der korrigeres for rammevilkår på individniveau. Første kolonne angiver kommunens navn. Den anden kolonne angiver, hvorvidt den pågældende kommune er placeret i gruppe 1-8<sup>18</sup>, hvor kommuner i gruppe 1 har de højeste ukorrigerede mål (1) og kommunerne i gruppe 8 har de laveste ukorrigerede mål (8). Den tredje kolonne viser kommunernes placering når der rangeres på de ukorrigerede mål. Den fjerde og femte kolonne

<sup>18</sup> Kommunerne er grupperet i grupper af ca. 10-11 kommuner. Idet der kun indgår 87 kommuner i analysen af resultatmålet beskæftigelse, inddeles kommunerne i 8 grupper. For de to andre resultatmål indgår henholdsvis 95 og 97 kommuner, hvorfor kommunerne for disse resultatmål grupperes i 9 grupper.

viser henholdsvis, hvordan grupperingen (1-8) og rangeringen af kommunerne ændres når de korrigeres for rammevilkår på individniveau. Den sjette kolonne viser ændringen i rangeringen – dvs. forskellen på kolonne tre og fem.

**Tabel 15: Beskæftigelse: Ændringer i rangeringen af fem højest rangerede, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret mål	Rangering ukorrigeret mål	Gruppering korrigeret mål	Rangering korrigeret mål	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Glostrup	1	1	1	1	0
Gentofte	1	2	1	5	-3
Rudersdal	1	3	1	3	0
Guldborgsund	1	4	1	10	-6
Rødovre	1	5	1	4	1
<b>De fem største kommuner</b>					
København	5	44	3	23	21
Århus	8	72	6	56	16
Aalborg	8	75	7	68	7
Odense	1	9	3	25	-16
Esbjerg	5	42	5	46	-4

**Note:** Kommunerne er delt op i 8 grupper, hvor 1 er den bedste.

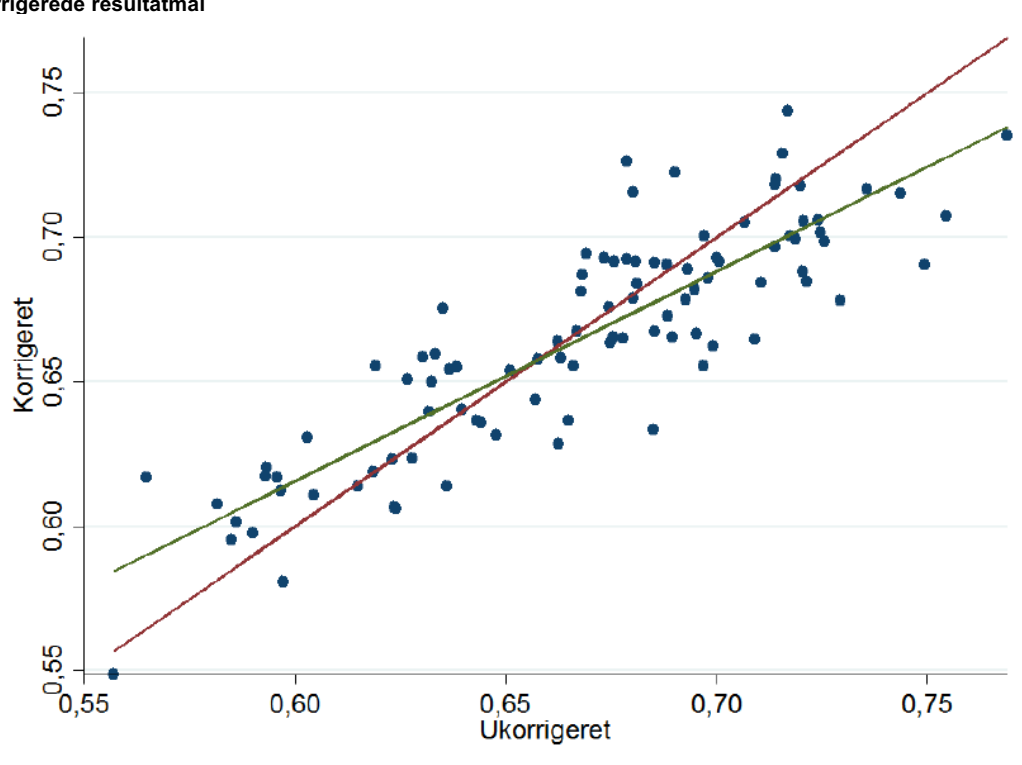
Det ses af Tabel 15, at der er meget små skift i rangeringerne af kommunerne. De fem højest rangerede kommuner forbliver i blandt de ti højest rangerede kommuner efter der er korrigeret for rammevilkår på individniveau. Den bedst rangerede kommune forbliver den bedst rangerede, og de andre kommuner rykker enten ikke plads eller kun enkelte pladser op eller ned. Dette indikerer, at det ikke ændrer noget væsentligt for de fem højest rangerede kommuner, at der korrigeres for deres sammensætning af målgruppen. Forklaringen på at disse kommuner rangerer højest ligger derved kun begrænset i målgruppens observerbare individkarakteristika (der kan dog være karakteristika ved individerne, der ikke kan måles i registrene, men som har betydning for kommunernes rangering). Billedet er anderledes, når man fokuserer på de fem største kommuner. Her ændres rangeringen betydeligt mere, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau. Fx flytter København 21 pladser op i rangeringen, svarende til to grupper, når der tages højde for tyngden af dens målgruppe. Der er dog ikke en generel tendens til at de store kommuner opnår en bedre placering når der korrigeres for rammevilkår på individniveau, idet både Odense og Esbjerg rykker længere ned i rangeringen.

Samlet set finder vi altså for beskæftigelse, at selvom det ikke ændrer noget nævneværdigt i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner at korrigere for individuelle rammevilkår, så har det betydning for de fem største kommuner (særligt København, Århus og Odense), som alle rangerer markant højere eller lavere efter korrektionen. Generelt ændrer det niveauerne for resultatmålene for mange kommuner at korrigere for individuelle rammevilkår, særligt for højest (lavest) rangerede, som får lidt lavere (højere) resultatmål, når der korrigeres. Det sidste mindsker spændet mellem de højest og lavest rangerede, hvilket er vigtigt, fordi afstanden fra en bestemt kommune til de kommuner, der rangerer højere, er bestemmende for kommunens potentiale. Dvs. at jo større spændet er mellem de højest og lavest rangerede kommuner, jo større er potentialet hos de lavere rangerede kommuner for bedre resultater. Denne analyse viser derfor, at man risikerer at overvurdere potentialerne for bedre resultater for mange kommuner i forhold til at få personer med hjerneskade i beskæftigelse, hvis man ikke korrigerer for individuelle rammevilkår.

### Fravær af psykiske komplikationer

Figur 12 viser sammenhængen imellem kommunens ukorrigerede resultatmål og korrigerede resultatmål defineret ved reduktion af psykiske komplikationer for den hjerneskadede person selv. Som det var tilfældet med beskæftigelse, viser denne figur os, at det generelt har en betydning for resultatmålet, at der korrigeres for rammevilkår på individniveau (målgruppekarakteristika). Ligesom i Figur 11 er der i Figur 12 en systematik i, at de lavest rangerede kommuners resultatmål forbedres, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau, mens de højest rangerede kommuners resultatmål reduceres.

Figur 12: Fravær af psykiske komplikationer: Kommunernes rå (ukorrigerede) resultat sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Tabel 16 viser, at der for fire ud af de fem bedst rangerede kommuner er meget små skift i rangeringerne når der korrigeres for rammevilkår på individniveau. Det gælder dog for Rebild kommune, at de rykker hele 28 pladser ned i rangeringen, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau. Generelt falder niveauet af resultatmålet for alle fem kommuner. Det ses endvidere, at ændringen i rangeringen for tre ud af de fem højest rangrende kommuner er tilstrækkelig til at kommunerne grupperes anderledes, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau.

Fokuseres der på de fem største kommuner, ses der generelt ikke den store ændring i kommunernes placering, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau. Det er kun Esbjerg kommune, der oplever en væsentlig forbedring i niveauet af resultatmålet.

**Tabel 16: Fravær af psykiske komplikationer: Ændringer i rangeringen af de fem højest rangerede, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret mål	Rangering ukorrigeret mål	Gruppering korrigeret mål	Rangering korrigeret mål	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Nordfyns	1	1	1	2	-1
Solrød	1	2	2	12	-10
Rebild	1	3	4	31	-28
Frederikssund	1	4	2	11	-7
Dragør	1	5	1	9	-4
<b>De fem største kommuner</b>					
København	3	23	2	15	8
Århus	9	84	9	86	-2
Aalborg	4	32	4	32	0
Odense	2	13	1	8	5
Esbjerg	8	72	5	45	27

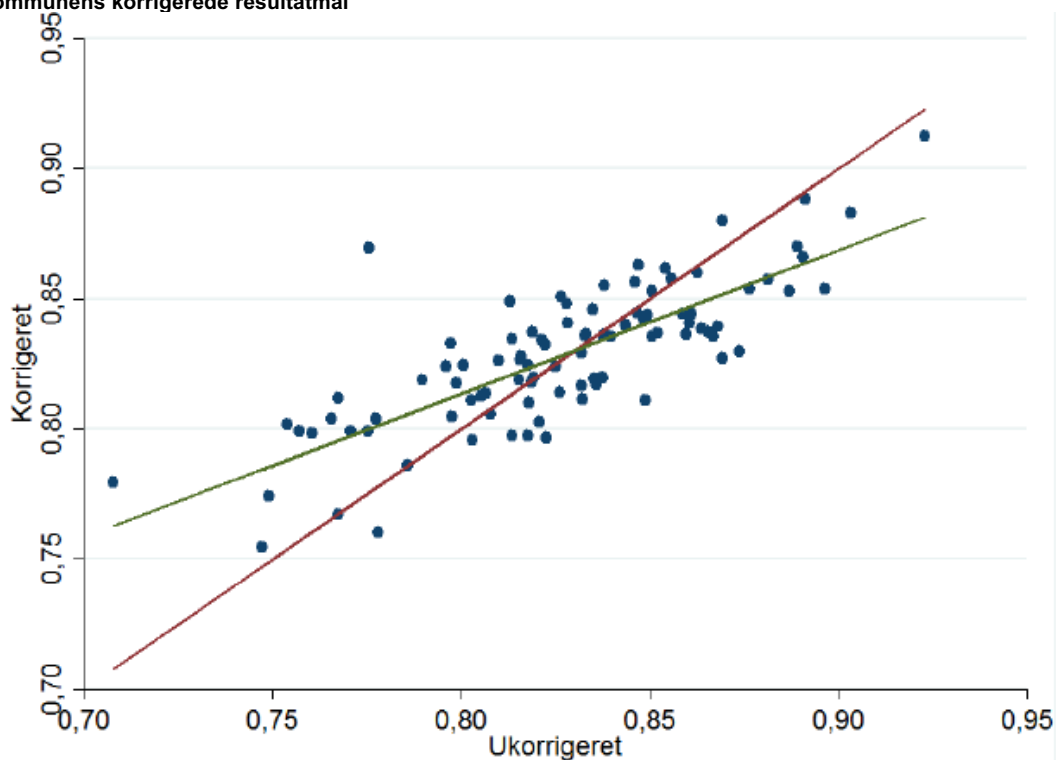
**Note:** Kommunerne grupperes i 9 grupper

Samlet set er billedet altså nogenlunde det samme som for beskæftigelse: det er vigtigt at korrigerer for rammevilkår på individniveau, fordi det betyder noget for rangeringen af en enkelt kommune i gruppen af de fem højest rangerede kommuner og en enkelt af de største kommuner. Sammenlignet med resultatmålet beskæftigelse, fremgår det af resultaterne, at det for resultatmålet fravær af psykiske komplikationer har større betydning for resultaterne, hvorvidt der korrigeres for rammevilkår på individniveau eller ej.

### Fravær af psykiske komplikationer hos partnere til personer med hjerneskade

Figur 13 viser sammenhængen imellem kommunens rå (ukorrigerede) resultatmål og korrigerede resultatmål for fravær af psykiske komplikationer for de hjerneskadedes partnere-. Her ses det samme billede som for de to øvrige resultatmål, nemlig at der er en tendens til, at kommuner med et højt niveau i de ukorrigerede resultatmål ligger lavere i niveau, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau. Omvendt så er der en tendens til, at de kommuner med et lavt niveau i de ukorrigerede resultatmål ligger højere efter korrektionen for målgruppekarakteristika. Generelt set indebærer dette, at når man korrigerer for individuelle rammevilkår, reduceres variationen mellem de højere og lavere rangerede kommuner (hældningen på den grønne linje er fladere end på den røde linje).

Figur 13: Fravær af psykiske komplikationer hos partner: Kommunernes rå (ukorrigerede) resultat sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Tabel 17 viser, at der generelt både for de fem kommuner med de højeste niveauer af resultatmålet, og de fem største kommuner kun sker meget små skift i rangeringerne når der

korrigeres for rammevilkår på individniveau. Der er kun en enkelt kommune i hver af de to grupperinger, der flytter mere end 10 pladser (henholdsvis 13 og 12 pladser).

**Tabel 17: Fravær af psykiske komplikationer hos partneren: Ændringer i rangeringen af de fem højest rangerede, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret mål	Rangering ukorrigeret mål	Gruppering korrigeret mål	Rangering korrigeret mål	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Vallensbæk	1	1	1	1	0
Lejre	1	2	1	3	-1
Greve	1	3	2	16	-13
Herlev	1	4	1	2	2
Frederiksberg	1	5	1	7	-2
<b>De fem største kommuner</b>					
København	4	35	5	42	-7
Århus	5	46	5	49	-3
Aalborg	4	32	3	23	9
Odense	3	24	4	36	-12
Esbjerg	9	81	9	90	-9

**Note:** Kommunerne grupperes i 9 grupper

## Konklusion

Variationen i resultatmålet er størst for resultatmålet beskæftigelse og mindst for resultatmålet fravær af psykiske komplikationer hos partnere til personer med hjerneskade. Det gælder for alle tre resultatmål, at der er kommuner, hvor de korrigerede mål ligger højere, og kommuner, hvor de korrigerede mål ligger lavere, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau. Der gælder, at der er en tendens til, særligt for de to psykisk relaterede resultatmål, at kommunerne med de højeste ukorrigerede mål har et lavere mål, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau hos personerne med hjerneskade i kommunen, og omvendt for kommunerne med de laveste ukorrigerede mål. Ligeledes ses det, at variationen i resultatmålene imellem kommunerne reduceres, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau, men at reduktionen er mindre udpræget for resultatmålet beskæftigelse. Dette skyldes sandsynligvis, at analysen er baseret på en selekteret gruppe bestående af personer, der var i beskæftigelse før hjerneskaden. Derfor korrigeres der allerede indirekte for individernes baggrundskarakteristika i de ukorrigerede



resultater. Resultaterne viser, at man risikerer at overvurdere potentialerne for bedre resultater for mange kommuner, hvis man ikke korrigerer for individuelle rammevilkår.

For alle tre resultatmål ses det, at rangeringen af de fem højest rangerede og de fem største kommuner kun ændres i høj grad for få kommuner, mens rangeringen for langt de fleste kommuner ikke ændres eller kun ændres i mindre grad. Endvidere ses det for de to psykisk relaterede resultatmål, at for enkelte af fem højest rangerede kommunerne ændres placeringen så meget, at det ændrer deres gruppering. Ser man på de fem største byer, er der lidt flere eksempler på, at når der korrigeres for rammevilkår på individniveau ændres rangeringen i sådan en grad, at kommunen ender i en anden gruppe.

### **5.5.3 Følsomhedsanalyser**

#### Behov for rehabilitering

Som nævnt i afsnit 5.2 indeholder den brede målgruppe også personer, der ikke har behov for rehabilitering. Antallet af individer i målgruppen reduceres fra 39.678 til 16.424, når kun de personer, der har et behov for rehabilitering (baseret på definition i afsnit 5.2) inkluderes i analyserne. Det betyder, at nogle kommuner ekskluderes fra analyserne, idet antallet af personer i målgruppen i kommunen bliver mindre end 30. Særligt for resultatmålet beskæftigelse reduceres antallet af kommuner betydeligt. Det formodes derfor ikke at ændre betydeligt på konklusionerne af analysen at basere benchmarkinganalyserne på den brede målgruppe af personer med hjerneskade men det er vigtigt at have for øje, at det kan have betydning for nogle af kommunernes resultater.

Tabel 18 viser antallet af kommuner inkluderet i analyserne, når der betinges på at personen skal have et formodet behov for rehabilitering. Her fremgår det, at kun 32 kommuner har et tilstrækkeligt antal (mindst 30) borgere med behov for rehabilitering under 59 år. Endvidere er der stor usikkerhed ved at benytte liggetid til at definere behovet for rehabilitering (jf. Afsnit 5.2). Af disse årsager er det valgt at basere benchmarkinganalyserne på den brede målgruppe af personer

med hjerneskade<sup>19</sup>. Det formodes derfor ikke at ændre betydeligt på konklusionerne af analysen at basere benchmarkinganalyserne på den brede målgruppe af personer med hjerneskade men det er vigtigt at have for øje, at det kan have betydning for nogle af kommunernes resultater.

Tabel 18 viser endvidere korrelationskoefficienterne for hvert af de tre resultatmål imellem de beregnede kommuneeffekter fra analysen baseret på hele målgruppen og de beregnede kommuneeffekter fra analysen baseret på den afgrænsede målgruppe med behov for rehabilitering. Korrelationskoefficienterne indikerer, at der er en forholdsvis stor sammenhæng imellem de beregnede kommuneeffekter. Det formodes derfor ikke at ændre betydeligt på konklusionerne af analysen at basere benchmarkinganalyserne på den brede målgruppe af personer med hjerneskade men det er vigtigt at have for øje, at det kan have betydning for nogle af kommunernes resultater.

**Tabel 18: Antal kommuner i analyserne når der betinges på et formodet behov for rehabilitering**

<b>Resultatmål</b>	<b>Antal kommuner</b>	<b>Korrelationskoefficient mellem kommuneeffekter i den brede gruppe og den afgrænsede målgruppe</b>
Beskæftigelse	32	0,82
Fravær af psykiske komplikationer	95	0,83
Fravær af psykiske komplikationer hos partner	92	0,75

#### Aldersrestriktion i analysen af resultatmålet beskæftigelse

Som nævnt i afsnit 5.2, inkluderes kun de personer med hjerneskade, der var under 59 år, da hjerneskaden indtraf, i analysen af resultatmålet beskæftigelse. Restriktionen på de 59 år er valgt ud fra, at beskæftigelse her opgøres i perioden 12-24 måneder efter hjerneskaden, hvilket betyder, at personer der var 59 år og ældre da hjerneskaden indtraf, vil være over 60 år i den periode beskæftigelse opgøres i. Disse personer havde på det pågældende tidspunkt mulighed for at gå på efterløn, når de fyldte 60 år, hvilket betyder at de frivilligt kan have valgt at udtræde fra

<sup>19</sup> I Benchmarkinganalyserne inkluderes kun de kommuner for hvilke der er beregnet kommune effekter for hvert af de tre resultatmål. Ved kun at inkludere personer med behov for rehabilitering i målgruppen vil antallet af kommuner, der kan indgå i benchmarkinganalysen herved kun være 32.

arbejdsmarkedet. Det kan derfor give et forkert billede af kommunernes succes med at få personer med hjerneskade i beskæftigelse, hvis personer der er gået på efterløn tæller med i gruppen af personer, der ikke vender tilbage i beskæftigelse efter hjerneskaden. Tabel 19 viser hvilke kommuner, der er i gruppen af de fem højst rangerede kommuner for resultatmålet beskæftigelse ved forskellige aldersafgrænsninger. Kolonnen markeret med grå viser de fem højst rangerede (korrigerede resultatmål) kommuner ved den aldersafgrænsning, der er anvendt i den endelige benchmarkinganalyse. Det fremgår af Tabel 19, at gruppen af de fem højst rangerede kommuner generelt overlapper meget på tværs af de forskellige aldersgrænsninger. Gruppen af de højst rangerede kommuner ændres kun en smule alt efter, hvilket alderstrin målgruppen afgrænses på, og der gælder for stort set alle kommuner, at de forbliver i blandt de to højst rangerede kommuner. Det er kun Ishøj og Vallensbæk, der ikke findes i gruppen af de ti højst rangerede kommuner i analysen baseret på aldersafgrænsningen på 59 år. Dette skyldes dog alene, at disse to kommuner ikke indgår i analysen ved aldersafgrænsningen på de 59, da antallet af personer med hjerneskade under 59 år er under 30 i de to kommuner. Generelt skal man være meget varsom med at sammenligne på tværs af de forskellige aldersafgrænsninger, idet antallet af kommuner, der indgår i analysen, ændres.

**Tabel 19: De fem højst rangerede kommuner ved forskellige aldersafgrænsninger**

<b>Alder</b>	<b>Under 59</b>	<b>Under 60</b>	<b>Under 61</b>	<b>Under 62</b>	<b>Under 63</b>	<b>Under 64</b>	<b>Under 65</b>
<b>De fem højst rangerede</b>	Glostrup	Glostrup	Glostrup	Glostrup	Glostrup	Glostrup	Glostrup
	Hvidovre	Hvidovre	Hvidovre	Vallensbæk	Ishøj	Vallensbæk	Vallensbæk
	Rudersdal	Rødovre	Vallensbæk	Hvidovre	Vallensbæk	Ishøj	Ishøj
	Rødovre	Gladsaxe	Rødovre	Albertslund	Hvidovre	Hvidovre	Gladsaxe
	Gentofte	Gentofte	Gladsaxe	Gladsaxe	Albertslund	Albertslund	Albertslund
<b>N</b>	87	88	90	90	91	91	91

#### 5.5.4 Resultater fra benchmarkinganalysen (DEA)

I DEA-analysen beregnes den maksimalt opnåelige værdi (*bedste praksis-værdien*) af de enkelte resultatmål, fx af andelen der er i beskæftigelse. Denne værdi vil blandt andet afhænge af, hvor den enkelte kommune i udgangspunktet er placeret på alle de tre resultatmål. Potentialet for bedre

resultater for den enkelte kommune er forskellen mellem resultatmålets udgangspunkt og denne maksimale *bedste praksis-værdi*. DEA-analysen benytter hele vejen igennem de korrigerede resultatmål. Det vil sige, at sammenligningerne mellem kommunernes resultater i udgangspunktet regnes ud fra den landsgennemsnitlige borgersammensætning i de forskellige kommuner, se også Kapitel 2.

I DEA analysen beregnes to typer af potentialer for forbedring: 1) Ét, hvor ét resultatmål forbedres mens de to andre ikke forværres (de såkaldte retningsbestemte potentialer) og 2) ét, hvor alle resultatmål forbedres på en gang. I benchmarkingværktøjet kan den enkelte kommune, se på tal for begge typer af forbedringer. Det er selvsagt sværere at opnå forbedringer, når *alle* resultatmål skal forbedres på én gang. Potentialerne vil derfor altid være lavere for 2) end for 1).

Nedenfor præsenteres resultatet af DEA-analysen, når alle mål forbedres på én gang. Da vores analyse ikke medtager ressourceforbrug, er det vigtigt at holde sig for øje, at tallene ikke siger noget om, hvorvidt det er muligt at opnå forbedringer på alle resultatmål samtidigt uden at bruge ekstra ressourcer. Tabel 20 nedenfor viser de gennemsnitlige potentialer for forbedringer i niveau for beskæftigelse og de to mål for fravær af psykiske komplikationer.

**Tabel 20: Gennemsnitlig afstand fra aktuel værdi til bedste praksis-måltal ved at forbedre alle resultatmål samtidigt**

<b>Personer med hjerneskade</b>	
Beskæftigelse	2,6
Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade	2,6
Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskades partner	3,2

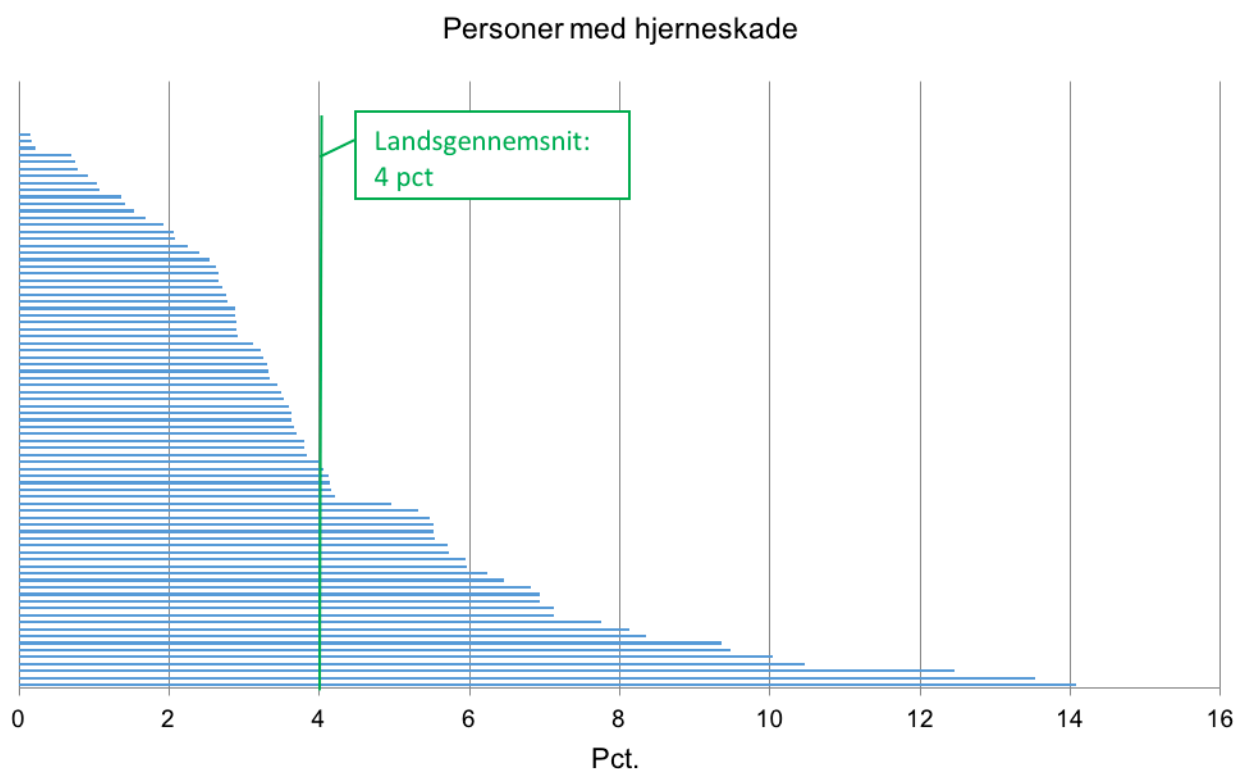
Note. Da afstandene er målt i forskel mellem niveauer af eksempelvis andel af personer i beskæftigelse, vil afstandene, der er rapporteret, være angivet i procentpoint.

Det vil sige, at kommunerne i gennemsnit kan øge andelen, der kommer i beskæftigelse, med 2,6 pct.point. Med andre ord betyder det, at for hver gang der er 100 personer med hjerneskade, kan man i gennemsnit få ca. 2-3 ekstra i arbejde, i tilgift til den del, der allerede i dag er det. Potentialet for forbedring for psykiske komplikationer er på nogenlunde samme niveau. Bemærk, at de 2,6 pct. point. er et landsgennemsnit, dvs. at tallene vil være forskellige fra kommune til kommune, hvor nogle kommuner har højere potentialer og andre har lavere.

Man kan også måle potentialet for forbedring relativt til udgangsniveauet (i pct.). Et potentiale for forbedring på 8 pct. betyder således, at man kan få 8 pct. bedre resultater end man har nu, hvis man lykkes med at adoptere *bedste praksis*. Fordelen ved dette er, at dette mål i scenariet, hvor alle resultatmål forbedres på én gang, ikke afhænger af hvilket resultatmål, der undersøges.

Figur 14 viser de procentvise potentialer for forbedring, de enkelte kommuner kan opnå i forhold til det aktuelle niveau. Mange kommuner har potentialer på under 4 pct. af deres nuværende niveau, og de allerfleste har potentialer under 10 pct. Hvis man skal sammenligne disse potentialer på tværs af kommunerne, skal man huske at tage kommunernes nuværende niveauer med i betragtning. Når man måler i pct. og rangerer kommunerne efter dette mål for potentialet, betyder det nemlig, at hvis der er to kommuner, som har samme potentiale i niveau, så vil den med det laveste udgangspunkt ligge bedst i rangeringen. Så hvis to kommuner kan forbedre sig 2 pct. point på beskæftigelse, og den ene kommune i udgangspunktet har 60 pct. og den anden 70 pct., der kommer i beskæftigelse, vil det relative potentiale for forbedring være størst for kommunen der har 60 pct. i beskæftigelse i udgangspunktet.

Figur 14: Procentvise potentialer for forbedring for personer med hjerneskade på tværs af kommuner



På baggrund af usikkerheden omkring opgørelsen af fravær af psykiske komplikationer og dermed fortolkningen af de to psykisk relaterede resultatmål, kan man argumentere for, at det vil være nyttigt for kommunerne at fokusere mere på den del af benchmarkinganalysen, hvor der ses på at forbedre ét resultatmål uden at forringe de andre resultatmål. Hertil kan det online værktøj benyttes, idet der heri netop også rapporteres dette.

## 5.6 Diskussion

Der er en generel erkendelse af, at systematisk viden om, hvilke rehabiliteringsindsatser kommunerne leverer til personer med hjerneskade, samt om effekten af de forskellige indsatser, er yderst begrænset. Der har ikke tidligere været foretaget benchmarkinganalyser på hjerneskadeområdet, og på trods af en række begrænsninger, anses analysen for at kunne bidrage med relevant viden, der kan være brugbar i processen med at videreudvikle kommunernes indsats for personer med hjerneskade. Særligt kan analysernes resultater bidrage til en vigtig diskussion omkring de variationer i rehabiliteringsindsatsen, der i øjeblikket pointeres fra flere sider (Feilberg, 2016, Rigsrevisionen, 2016). Benchmarkinganalysen viser, at der for alle tre resultatmål er variation imellem kommunerne, selv når der tages højde for rammevilkår på individniveau. Formålet med analyserne har ikke været at udpege kommuner, der klarer sig mindre godt i benchmarkinganalysen, men at skabe et bedre grundlag for at sammenligne kommunernes resultater på de udvalgte resultatmål. Desværre er datagrundlaget på nuværende tidspunkt ikke af tilstrækkelig kvalitet til at lave meningsfulde efficiensanalyser – dvs. analyser, hvor man analyserer sammenhængen mellem resultatmål og de ressourcer, kommunerne bruger på indsatser for målgruppen. Analyserne kan derfor kun illustrere variationer i kommunernes resultater, og ikke hvorvidt nogle kommuner opnår bedre resultater end andre kommuner per ressource de tildeler til rehabilitering af personer med hjerneskade.

Benchmarkinganalyserne er som nævnt baseret på registerdata. Brugen af registerdata har den fordel, at data er sammenlignelige på tværs af kommunerne, er tilgængelige for samtlige personer i

målgruppen og er meget valide. Omvendt har det som nævnt i afsnit 0 også nogle begrænsninger. Den største begrænsning er, at registerdata fra Danmarks Statistik kan være forsinket med op til et år. For at kunne følge personerne med hjerneskade op til tre år efter tidspunktet, hvor hjerneskaden indtræffer, bevirker det, at analyserne er baseret på personer der fik en hjerneskade for en række år siden. Hjerneskadeområdet er et område, der er i konstant udvikling, og i de fleste kommuner er der igennem de sidste mange år sket en del ændringer af rehabiliteringsindsatsen for personer med hjerneskade. I den sammenhæng er det også vigtigt at nævne, at der nationalt (Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen) i de senere år er iværksat en masse tiltag som følge af evalueringen af kommunalreformen. Her kan nævnes "Ny bekendtgørelse om genoptræningsplaner", "Visitationsretningslinjer på hjerneskadeområdet", "Central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade", "Forløbsbeskrivelse: Voksne med kompleks erhvervet hjerneskade" og "Servicetjek af hjerneskadeområdet". Disse er alle tiltag, der forventes at påvirke kommunernes rehabiliteringsindsats for personer med hjerneskade. Endvidere blev en del af puljemidlerne i mange kommuner anvendt på kompetenceudvikling af fagpersoner, hvorfor der forventes at ske yderligere ændringer i rehabiliteringsindsatsen for personer med hjerneskade også efter, at puljemidlerne er brugt op. Niveauet for de tre resultatmål i benchmarkinganalysen er derved sandsynligvis lavere, end det ville være i dag. Omvendt forventes rangeringen af kommunerne i benchmarkinganalysen kun at blive påvirket, såfremt det kun er nogle kommuner, der har ændret praksis på området som følge af disse nationale tiltag. Det billede benchmarkinganalyserne tegner af kommunernes resultater for målgruppen er derfor ikke nødvendigvis retvisende for, hvordan kommunerne klarer sig i dag. Men selvom kommunerne måske kan have svært ved at genkende sig selv i resultaterne af benchmarkinganalyserne, kan analyserne stadig ses som et brugbart værktøj til at udvikle området. Årlige benchmarkinganalyser af resultaterne af kommunernes rehabiliteringsindsats for personer med hjerneskade vil kunne opfange ændringer som følge af nye kommunale indsatser, og kan derved være med til at give en indikation af, hvorvidt givne indsatser fx har kunnet øge beskæftigelsen for personer med hjerneskade.

Når man ser på resultaterne af benchmarkinganalyserne, er det vigtigt at erkende, at det regionale sundhedsvæsen også spiller en væsentlig rolle i resultatet af kommunernes rehabiliteringsindsats for personer med hjerneskade. Fx har Rigsrevisionen for nyligt konkluderet, at der er meget stor variation i antallet af genoptræningsplaner, både på regionalt, hospitals- og kommuneniveau. De konkluderer, at variationen er så stor, at det vurderes, at en del af denne variation må skyldes hospitalernes praksis. Enten laver nogle sygehuse genoptræningsplaner til personer med hjerneskade uden behov, eller også laver andre sygehuse ikke i alle tilfælde genoptræningsplaner til personer med hjerneskade med et reelt behov for genoptræning. Det kan også være, at sygehusene vurderer genoptræningsbehov forskelligt (Rigsrevisionen, 2016). Endvidere viser undersøgelser, at en del genoptræningsplaner kommer for sent ud i kommunerne, hvilket hindrer kommunerne i at udbyde en hurtig genoptrænings- og rehabiliteringsindsats til personen med hjerneskade (Feilberg, 2016, Rigsrevisionen, 2016). Alle disse faktorer kan formodes at påvirke resultaterne af benchmarkinganalysen.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at benchmarkinganalysen er baseret på samtlige borgere med en hjerneskaderelateret diagnose (i perioden 2010-2012). Som nævnt i afsnit 5.2 er det kun en delmængde af den identificerede målgruppe, der formodes at have et reelt behov for rehabilitering efter sygehusudskrivningen. Det betyder, at kommunernes resultater i analysen er baseret både på de borgere, der har modtaget rehabilitering fra kommunen, men også på de borgere, der ingen kontakt har haft med kommunen (fordi de ikke har haft et behov, eller fordi de har fravalgt rehabilitering). Det optimale er at basere benchmarkinganalyserne udelukkende på de personer, der reelt har haft et behov for rehabilitering efter hjerneskaden. I dette projekt har vi imidlertid ikke haft kendskab til, hvilke patienter, der har haft et reelt behov for rehabilitering. I stedet er indlæggelsestid anvendt som en proxy for, hvorvidt en person med hjerneskade har haft et behov for rehabilitering. Som nævnt i afsnit 5.2 er det ikke uproblematisk at benytte indlæggelsestid som en proxy for behov for rehabilitering, idet der både findes personer med meget kort indlæggelsestid og et rehabiliteringsbehov, og personer med meget lang indlæggelsestid, men uden rehabiliteringsbehov. Antallet af personerne med hjerneskade med



behov for rehabilitering ligger også noget lavere end anslået i andre analyser (Sundhedsstyrelsen, 2011a). Ved at afgrænse analysepopulationen til kun at inkludere de personer, der baseret på liggetid har haft et behov for rehabilitering, får man herved ikke nødvendigvis et mere retvisende billede af kommunernes resultater på de tre resultatmål. Endvidere reduceres antallet af personer med hjerneskade per kommune betydeligt, når der i analyserne betinges på, at de inkluderede personer skal have haft et behov for rehabilitering. Dette reducerer også antallet af kommuner, der inkluderes i benchmarkinganalysen. Resultaterne fra følsomhedsanalyserne viser, at der er en forholdsvis høj korrelation imellem kommuneeffekterne i analyserne baseret på det fulde sample og analyserne baseret på et sample afgrænset til de personer med behov for rehabilitering. Dette indikerer, at det har mindre betydning for resultaterne, om de beregnes med udgangspunkt i den fulde population eller på baggrund af personer med et behov for rehabilitering. En mere præcis definition af personer med hjerneskade med et rehabiliteringsbehov bliver dog særlig vigtig, hvis det på et tidspunkt bliver muligt fra centralt hold at opgøre kommunernes ressourceforbrug på personer med hjerneskade.

Udover at analysepopulationen optimalt set kun burde være baseret på personer med et faktisk behov for rehabilitering, vil det også være relevant at kunne skelne på rehabiliteringsniveau (basalt, avanceret eller specialiseret niveau). I princippet kan en kommune yde en god rehabiliteringsindsats på basalt niveau, men samtidig levere en kritisabel indsats på specialiseret niveau. Når der ikke tages højde for rehabiliteringsniveau i analyserne, vil det ikke være muligt at afdække sådanne forskelle i rehabiliteringsindsatsen indenfor de enkelte kommuner. Dog gælder det også her, at en opdeling af målgruppen vil reducere analysepopulationen, og derved også reducere antallet af kommuner, der inkluderes i benchmarkinganalysen. Dertil kommer, at det selv i tilfælde af meget store populationsstørrelser ikke vil være muligt at identificere, på hvilket af de tre niveauer personen med hjerneskade har modtaget rehabilitering.

Som nævnt i afsnit 5.3 er der stor usikkerhed forbundet med de to psykiske resultatmål. På trods af denne usikkerhed er det vigtigt at slå fast, at personer med hjerneskade og deres partners psykiske tilstand og kommunernes håndtering af de psykosociale problemstillinger som følge af en

hjerneskade er vigtige at have fokus på. Det er derfor ærgerligt, at man ikke har gode indikatorer for den psykiske tilstand hos personer med hjerneskade (og partnernes psykiske tilstand). Det anbefales derfor, at der arbejdes med at videreudvikle psykisk-relaterede resultatmål. Beskæftigelse er omvendt et resultatmål, der kan måles præcist i registrene, og hvor der ikke hersker tvivl om fortolkningen af resultatmålet. Beskæftigelse er derved et mere oplagt resultatmål at arbejde videre med i fremtidige benchmarkinganalyser. Der er dog den ulempe ved beskæftigelse som mål for målgruppen af hjerneskade, at langt størstedelen af målgruppen er ældre mennesker, der, allerede inden hjerneskaden indtraf, havde forladt arbejdsmarkedet. Ved at fokusere på kommunernes evne til at få personer med hjerneskade i beskæftigelse, indskærper man herved fokus til en forholdsvis lille andel af den samlede målgruppe. Det kan derfor være nødvendigt, at der arbejdes på at identificere og registrere andre mere klare resultatmål, der er dækkende for hele målgruppen. Selvom det er en meningsfuld målsætning at fokusere på at øge andelen af personer med hjerneskade, der kommer i beskæftigelse efter hjerneskaden, er det vigtigt også at være opmærksom på, at der ikke skabes et entydigt fokus på beskæftigelse, da det kan give en risiko for at målene nås for en mindre gruppe af personer med hjerneskade på bekostning af hele målgruppen. For at undgå dette er det nødvendigt at inkludere andre resultatmål, således at evalueringen af kommunernes indsats fremmer et holistisk fokus i rehabiliteringsindsatsen.

# 6 Personer med stofmisbrug

## 6.1 Kommunens opgaver for målgruppen

Stofmisbrugsbehandling består af en socialfaglig del (Serviceloven§101) og en sundhedsfaglig del (Sundhedsloven§142), og kommunen har ansvaret for begge. Kommunen står for en helhedsvurdering af borgerens behov, og det forudsættes, at lægelig behandling indgår i den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til borgere med stofmisbrug (Socialstyrelsen, 2016b).<sup>20</sup>

Den sociale stofmisbrugsbehandling kan udgøres af ad hoc, ambulante, dag- eller døgnbehandling (Socialstyrelsen, 2016b). Tilbud skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelse til kommunen (henvendelsen kan være frivillig, eller borgeren kan være blevet henvist). I løbet af disse 14 dage skal der udarbejdes en plan for behandlingsindsatsen. Den sundhedsfaglige og socialfaglige behandling kan iværksættes uafhængigt af hinanden, hvis det vurderes, at kun den ene form for behandling er nødvendig, men retningslinjerne lægger vægt på, at den samlede indsats er helhedsorienteret (Socialstyrelsen, 2016b).

Stoffrihed vil ikke være målet for alle borgerne i behandling. Behandlingen skal tilpasses den enkelte borger, og for nogen vil det være mere relevant at fokusere på stabilisering eller reduktion af misbruget. Ifølge de Nationale Retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling, skal ”den socialfaglige stofmisbrugsbehandling overordnet set have et skadesreducerende sigte”. Behandlingen skal dertil ”højne borgerens livskvalitet og funktionsniveau”.<sup>21</sup> Behandlingen kan strække sig over alt fra måneder til hele år.

---

<sup>20</sup> Ifølge §101a skal kommunen tilbyde anonym, ambulant behandling af stofmisbrug til personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, men ikke andre sociale problemer; anonym behandling indgår imidlertid ikke i denne benchmarkinganalyse, da denne ikke kan observeres i registrene, se afsnittet ”definition af målgruppen”.

<sup>21</sup> Nationale Retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling s. 12

I analysen vurderes, hvorvidt målgruppen af personer med stofmisbrug er kommet i beskæftigelse, i uddannelse, eller om kriminaliteten falder for gruppen. Det vil altså sige, at vi i denne benchmarkinganalyse ser på en "samlet pakke" af indsatser, som ikke nødvendigvis kun udgøres af stofmisbrugsbehandlingen. Indsatser, der udføres i kommunernes jobcentre samt kriminalpræventive indsatser, der ligger udover de job - og kriminalitetsrelaterede indsatser, som er indeholdt i den sociale del af stofmisbrugsbehandlingen, indgår således også.

Reglerne om handle- og betalingskommune på det sociale område findes i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven), jf. lovbekendtgørelse nr. 1052 af 8. september 2015. Hovedreglen efter retssikkerhedsloven er, at en persons *opholdskommune* har pligt til at yde hjælp til den pågældende, jf. retssikkerhedslovens § 9, stk. 1. Opholdskommunen er den kommune, hvor personen bor eller sædvanligvis opholder sig, jf. lovens § 9, stk. 2. Opholdskommunen er således som udgangspunkt *handlekommune* (den kommune, der har pligt til at træffe afgørelser om og til at levere hjælpen). Opholdskommunen er ikke bestemt af Folkeregistertilmelding på en adresse i kommunen. Opholdskommunen er som udgangspunkt også *betalingskommune* (den kommune, der finansierer hjælpen). Den oprindelige opholdskommune forbliver *handlekommune* for hjælp efter serviceloven (og kun den), hvis en person får ophold i en social boform eller lignende i en anden kommune efter medvirken fra den oprindelige opholdskommune eller anden offentlig myndighed. Den oprindelige kommune er hermed både *handle-* og *betalingskommune*.

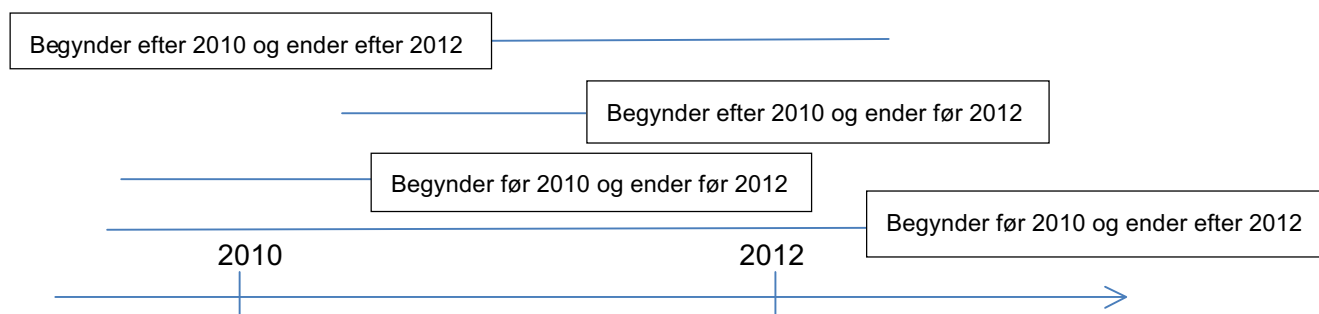
## **6.2 Definition og beskrivelse af målgruppen**

I dette afsnit defineres målgruppen og udvælgelsen af analysepopulationen beskrives i detaljer. Analysepopulationen er den del af målgruppen, vi ender med at kunne gennemføre analysen på. Afsnittet afsluttes med en kort beskrivelse af analysepopulationen, herunder særligt fordelingen af antallet af personer over kommunerne.

## Definition af målgruppen

Vi tager i denne analyse udgangspunkt i, hvad der kan observeres i registerdata. Vi kan i registerdata kun se de personer, der er i registreret behandling for deres stofmisbrug. Vi kan ikke se personer, der af forskellige årsager vælger ikke at være i behandling, eller som er i anonym behandling. Der vil derfor være et mørketal. Mørketallet kan i princippet omfatte både personer, der er for dårligt fungerende til at kunne indgå i behandling, og personer, der har en velfungerende tilværelse, og hvis forbrug af stoffer er et relativt isoleret problem, som de ikke føler, at der er tilstrækkelig grund til at søge behandling for.

Målgruppen defineres ud fra databasen VBGS (Ventetider vedrørende Behandlingsgaranti for Stofmisbrugere). Vi udvælger alle voksne personer i alderen 18-58 år, der har været indskrevet til stofmisbrugsbehandling mindst én gang i perioden 2010-12. Et behandlingsforløb, eller kontaktføreløb som det korrekt hedder, i VBGS starter, når personen først henvender sig (eller bliver henvist) til at komme i behandling og ender, når behandlingen afsluttes.<sup>22</sup> Givet, at stofmisbrugsbehandlingen helt eller delvist skal finde sted i perioden 2010-12, indeholder vores målgruppe således følgende mulige typer af kontaktføreløb:



Grunden til, at vi udelader personer, der er under 18 år er, at det ene af resultatmålene er tilknytning til arbejdsmarkedet (som normalt kun defineres for over 18-årige), og at et andet

<sup>22</sup> De forløb, der er registreret i VBGS, er ikke behandlingsforløbene (disse er registreret i Stofmisbrugsdatabasen (SIB)), men de såkaldte kontaktføreløb, som starter, når personen henvender sig – behandlingen starter så senere – og kan indeholde flere forskellige behandlingsforløb. Vi vil omtale forløbene som kontaktføreløb, men vil bruge ordet "behandling" om det, der foregår indenfor kontaktføreløbet, da dette er mere mundret.

resultatmål er uddannelse, og vi ønsker ikke at tælle uddannelse i folkeskolen for de helt unge med i succeskriteriet.<sup>23</sup> Vi udelader også personer på 58 år eller derover. Dette er særligt vigtigt i relation til resultatmålet om arbejdsmarkedstilknytning for at sikre, at ingen i målgruppen forlader arbejdsmarkedet og går på folkepension eller efterløn i årene efter behandlingen.

### **Udvælgelse af analysepopulationen**

I det følgende beskrives udvælgelsen af analysepopulationen. Vi ekskluderer personer, der dør i perioden 2010 – 2013, fra analysepopulationen. Eftersom disse personer naturligvis hverken kan være i arbejde eller i uddannelse, ville analysen mekanisk straffe kommuner med en højere andel af døde ved at beholde dem i analysen.

Når man er i stofmisbrugsbehandling, er den ansvarshavende kommune som sagt den oprindelige opholdskommune, handlekommunen. Denne er imidlertid ikke nødvendigvis den samme som bopælskommunen, hvilket er dén kommune, som fremgår af befolkningsregisteret. Men VBGS indeholder information om handlekommunen, hvilket sætter os i stand til at allokere stofmisbrugerne korrekt til den ansvarshavende kommune i de tilfælde, hvor bopælskommune og handlekommune ikke er den samme. Allokeringen af personer med stofmisbrug til kommuner bliver derfor mere præcis ved at anvende kommuneinformationen fra VBGS.

En del personer har flere kontaktføreløb i VBGS databasen. Vi vælger at fokusere på det første kontaktføreløb (som berører perioden 2010-12). Det gør vi, da et eventuelt efterfølgende kontaktføreløb i princippet er påvirket af, hvad der skete i personens første kontaktføreløb, som igen kan være et resultat af kommunens indsatser. Hvis en kommune fx har gjort det godt i første kontaktføreløb, er det andet kontaktføreløb måske afsluttet med gennemført behandling. Hvis en kommune omvendt ikke har gjort det godt i det første kontaktføreløb, kan kommunens indsats muligvis være årsagen til, at personen skal i behandling igen. Ved at sammenligne alle personerne

---

<sup>23</sup> Praksis i kommunerne mht. om unge under 18 med et misbrug vil blive indskrevet i misbrugsbehandling er ikke helt ensartet. Der er steder, hvor man vil være hurtig til at indskrive i misbrugsbehandling og andre, hvor man vil være mere tilbageholdende. Ved at droppe personer under 18 år undgår vi derfor også at introducere disse eventuelle forskelle kommunerne imellem.

på deres første kontaktføreløb, sammenligner man således ikke resultater, der kan stamme fra tidligere indsatser fra kommunen med resultater, som ikke gør det. Samtidig kan kommunernes organisering variere, for eksempel ved, at nogle benytter sig af private aktører til behandlingsføreløb, hvilket kan give flere behandlingsføreløb. Også her er det handlingskommunen, der er den afgørende.

Af samme årsag vælger vi også at måle resultatmålene i det samme tidsrum efter, at kontaktføreløbet er startet (nemlig et år efter). Ved at måle resultatmålene på samme tid i forhold til den første kontakt med behandlingssystemet, sammenligner man kommunerne efter den samme mulige behandlingsperiode, og man sammenligner således ikke resultater, der kan stamme fra længere indsatser fra kommunen med resultater, som ikke gør det.

Udover at have flere kontaktføreløb, er der også en del personer, som har flere kontaktføreløb i forskellige kommuner på samme tid. Dette kan fx ske ved, at en person flytter opholdskommune, og den fraflyttende kommune ikke får lukket kontaktføreløbet, mens den tilflyttende kommune åbner et kontaktføreløb. Den fraflyttede og tilflyttede kommunes kontaktføreløb kan både lappe fuldstændigt over (hvis den fraflyttende kommune ikke lukker kontaktføreløbet og den tilflyttende kommune opretter kontaktføreløbet med den oprindelige startdato), eller kun lappe delvist over (hvis den fraflyttende kommune på et tidspunkt lukker kontaktføreløbet og den tilflyttende kommune opretter det med enten den oprindelige startdato eller den dato, hvor personen er overflyttet til kommunen).

Vi kan ikke vide, hvor personen i sandhed hører til i disse overlap, så vi udelader alle personer med overlappende kontaktføreløb i forskellige kommuner. Vi er også nødt til at udelade de personer, for hvem der mangler en startdato i VBGS, for hvem der mangler en alder i BEF eller for hvem der mangler information om de andre variable, vi anvender i analysen. Sluttelig udelades alle kontaktføreløb, der er startet før 1. januar 2007, idet informationen om disse kontaktføreløb ikke anses for pålidelig.

Det sidste trin i udvælgelsen af analysepopulationen består i at se på antallet af personer i hver af de 98 kommuner for at sikre, at vi har nok observationer i hver kommune. Ud af de 98 udelader vi 10 kommuner, som har mindre end 30 stofmisbrugere i den treårige periode 2010-12. Det er

kommunerne Allerød, Dragør, Fanø, Hørsholm, Langeland, Lemvig, Læsø, Samsø, Vallensbæk og Ærø, og de har samlet 133 personer i stofmisbrugsbehandling i de tre år.

Udvælgelsen af analysepopulationen er beskrevet i Tabel 21 nedenfor. Den endelige analysepopulation af personer i stofmisbrugsbehandling dækker således 88 kommuner og består samlet af 17.752 personer.

**Tabel 21: Udvælgelsen af analysepopulationen**

Beskrivelse	Kontaktforløb	Antal personer
<b>Antal i VBGS databasen</b>	52.891	35.423
<b>Udvælgelseskriterier</b>		
Mangler start dato	1.281	571
Starter kontaktforløb før 1. januar 2007	6.190	4.582
Er ikke i behandling i perioden 2010-12	17.602	8.883
Alder og/eller fødselsdato mangler i BEF	175	173
Er under 18 år igennem hele kontaktforløbet	1.110	887
Har flere kontaktforløb i forskellige kommuner på samme tid	2.061	644
Dør i perioden fra startdato til slutningen af 2013	650	567
Er ikke i BEF i perioden 2010-14	536	451
Er under 18 år eller over 58 år i en del af kontaktforløbet	826	747
Beholder kun første kontaktforløb for de personer, der har flere forløb	4.542	0
Information mangler i registrene på variable, der indgår i analysen	33	33
Kommuner med mindre end 30 personer i perioden 2010-12	133	133
<b>Analysepopulationen</b>	<b>17.752</b>	<b>17.752</b>

### Fordelingen af personer i analysepopulationen over kommunerne

Fordelingen af antallet af personer i analysepopulationen i hver kommune kan ses af Tabel 63 i bilag 3.1. Billedet er generelt, at der er mange personer i stofmisbrugsbehandling i kommunerne med de større byer, mens der i den anden ende er mange kommuner med under 100 personer i stofmisbrugsbehandling i perioden. De seks største kommuner, som er de eneste kommuner med over 400 personer i stofmisbrugsbehandling er København (2245 personer), Århus (1036 personer), Odense (941 personer), Esbjerg (641 personer), Randers (416 personer) og Ålborg (415 personer) med tilsammen 5694 personer, dvs. disse seks kommuner udgør ca. 30 pct. af



analysepopulationen. Fordelingen af personer over kommunerne er således meget skæv i modsætning til fordelingen af personer i de to andre målgrupper, som er langt mere jævnt fordelt over kommunerne. 8 kommuner har mellem 30 og 50 personer, 25 kommuner har mellem 50 og 100 og 49 kommuner har mellem 100 og 400 personer.

**Tabel 22: Fordelingen af personer i analysepopulationen over kommunerne**

<b>Antal personer i kommunen</b>	<b>Antal kommuner</b>	<b>Antal personer</b>
Mellem 30 og 50	8	318
Mellem 50 og 100	25	1.866
Mellem 100 og 400	49	9.874
Flere end 400	6	5.694
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>17.752</b>

Der er således mange små kommuner, hvilket vil øge usikkerheden på andelen for, hvor mange i analysepopulationen der kommer i beskæftigelse etc.

### **Kort beskrivelse af analysepopulationen**

Analysepopulationen består af personer, der overvejende er af dansk oprindelse (91 pct.), overvejende er mænd (76 pct.), overvejende er enlige (82 pct.), overvejende er yngre (42 pct. er under 25 år gamle) og overvejende har grundskole som højeste uddannelsesniveau (73 pct.), jf. Tabel 33.

Ud fra variable om type af misbrug (hovedstof) og typer af stoffer indtaget i den seneste måned inden behandlingsstart fra Stofmisbrugsdatabasen kan vi danne os et billede af typerne af stofmisbrug i analysepopulation. Som man kan se af Tabel 23, har den største gruppe et hovedmisbrug af cannabis (44 pct.), men også opioder sammenlagt med CNS stoffer udgør en forholdsvis stor hovedmisbrugsgruppe (25 pct.):<sup>24</sup>

<sup>2424</sup> For konstruktion af disse grupper, se Tabel B.2. i Appendiks.

**Tabel 23: Fordelingen af type af stofmisbrug (hovedstof)**

Type af stofmisbrug	Andel
Mangler/ikke oplyst	0,28
Opioder	0,14
CNS stoffer	0,11
Cannabis	0,44
Andre	0,03
<b>Total</b>	<b>1,00</b>

### Kort beskrivelse af kontaktforløbene i analysepopulationen

Dette afsnit beskriver kort, hvornår de forskellige kontaktforløb i analysepopulationen er startet. Herved afdækker det, om nogle af årene i perioden 2010-12 har været specielle (i form af fx mange eller få behandlingsforløb), og hvor lang tid kontaktforløbene typisk varer.

Startårene i perioden 2010-12 er nogenlunde ligeligt fordelt over de tre år. Dertil har vi en del personer, som er startet tidligere, nemlig i perioden 2007-2009, og som stadig er i et kontaktforløb i perioden 2010-12. Fordelingen på startår er angivet nedenfor.<sup>25</sup>

**Tabel 24: Antal personer i analysepopulationen, som starter i behandling hvert år i årene 2010-12, samt antallet, der er startet i årene før 2010 og som stadig er i behandling i 2010-12.**

Start år	Antal personer, der starter i dette år	Andel i procent
Før 1/1/2010	5.194	29,3
2010	4.660	26,3
2011	3.949	22,2
2012	3.949	22,2
<b>Total</b>	<b>17.752</b>	<b>100</b>

I analyseperioden 2010-12 er der således en smule flere, der starter i behandling i 2010, men andelene af personer i de forskellige år er nogenlunde ens.

I forhold til varighed af kontaktforløbene gælder der, at ud af de 17.752 personer i analysepopulationen, har 2.577 ikke afsluttet deres kontaktforløb i 2014.<sup>26</sup> Disse uafsluttede

<sup>25</sup> Når man gentager den samme øvelse fordelt ud på kommunerne, er billedet imidlertid anderledes for den enkelte kommune, særligt de små kommuner: her kan der være store udsving over årene i antallet af personer i analysepopulationen.

kontaktforløb er højst sandsynligt en kombination af kontaktforløb, som ikke er afsluttede, og kontaktforløb, som er afsluttede, men som blot ikke er blevet lukket af kommunen. Vi beregner derfor den gennemsnitlige længde af et kontaktforløb for de personer, hvis forløb er registreret som afsluttede. 15.175 personer har afsluttede kontaktforløb. Her finder vi, at den gennemsnitlige længde på et kontaktforløb er ca. et år, men at længden varierer en del:

**Tabel 25: Gennemsnitlige længder på kontaktforløb**

Type forløb	Gennemsnit	Standardafvigelse	Antal personer
Alle afsluttede forløb	372 dage	425 dage	15.175
Forløb, der startede før 2010	703	572	3.999
Forløb, der startede 2010-12	253	274	11.176

Hvad man også kan se er, at når man deler op efter, om forløbene startede for længere tid siden (før 2010), får man ganske naturligt, at forløbene der er startet før 2010 i gennemsnit er længere og varierer mere i længde. Det vil sige, at den gennemsnitlige længde på et år for et forløb er trukket op af de længere forløb, der startede før vores analyseperiode 2010-12, og som stadig er aktive.

### 6.3 Definition og beskrivelse af resultatmål

Resultatmålene er udvalgt ud fra en kombination af, dels hvad der kan observeres i registerdata og dels ud fra at skulle repræsentere nogle af de hyppigst anvendte mål for socialt udsatte borgere.<sup>27</sup>

Følgende resultatmål indgår i benchmarkinganalysen for stofmisbrugere:

- Beskæftigelse
- I gang med uddannelse
- Kriminalitet

<sup>26</sup> Vi har data til og med 25. september 2014.

<sup>27</sup> Se 10 mål for social mobilitet.

Beskæftigelse defineres ud fra DREAM registeret, uddannelse defineres ud fra KOTO registeret og kriminalitet defineres ud fra KRAF registeret.<sup>28</sup> Se Tabel 64 i bilag 3.2 for præcise variabeldefinitioner.

### **Beskæftigelse**

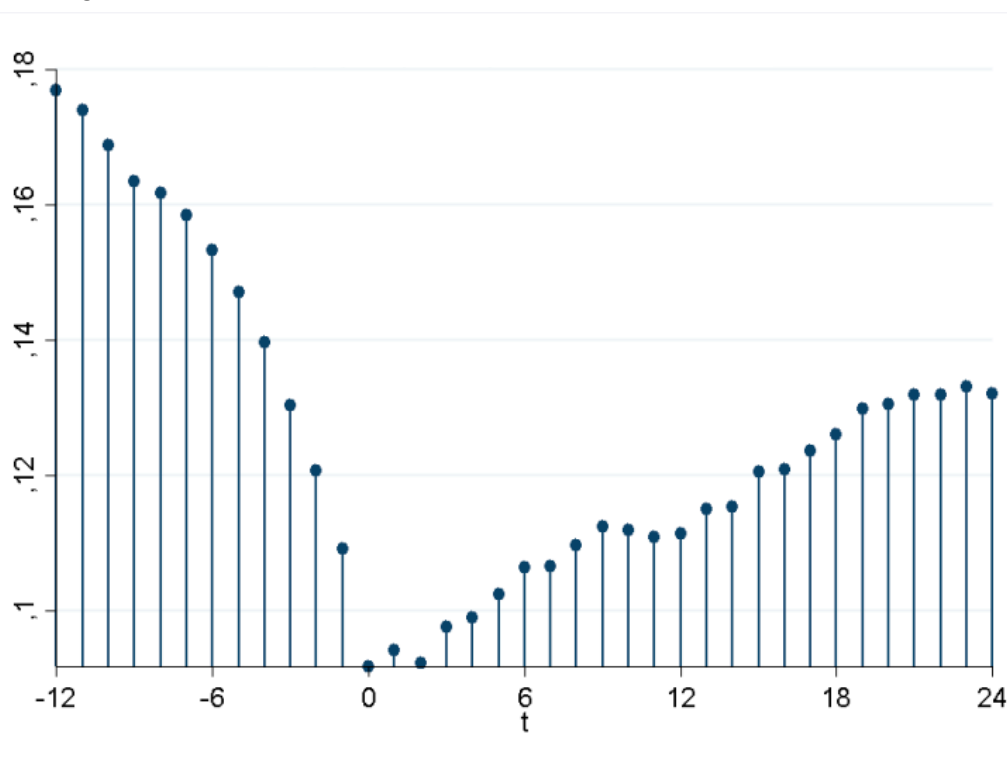
Vi måler beskæftigelse i perioden 12-24 måneder efter kontaktførelsesstart. Der er flere grunde til, at vi fokuserer på denne periode. For det første er den gennemsnitlige længde af behandlingerne i data ca. 12 måneder, dvs. i gennemsnit slutter personerne deres behandlingsforløb, før vi begynder at måle deres beskæftigelsesgrad. For det andet ser det ud til i data, at de gennemsnitlige beskæftigelsesgrader falder i tiden før behandlingen starter og begynder at stige i løbet af den gennemsnitlige behandlingsperiode for så at stabilisere sig ca. 20 måneder efter behandlingsstart, jf. Figur 15.

For det tredje defineres resultatmålet for beskæftigelse ud fra DREAM registeret, som på tidspunktet for udførelsen af denne opgave kun er til rådighed til og med 2014. Dvs. ved at benytte denne 12-24 måneders periode vil den gennemsnitlige person have endt sit behandlingsforløb, vi måler fra dét tidspunkt, hvor beskæftigelsesgraden ser ud til at stabilisere sig i data, og vi kan sluttelig også måle på de personer, der starter behandling i 2012.

---

<sup>28</sup> Bemærk, at KOTO registeret ikke længere opdateres, men overgår til KOTRE registeret.

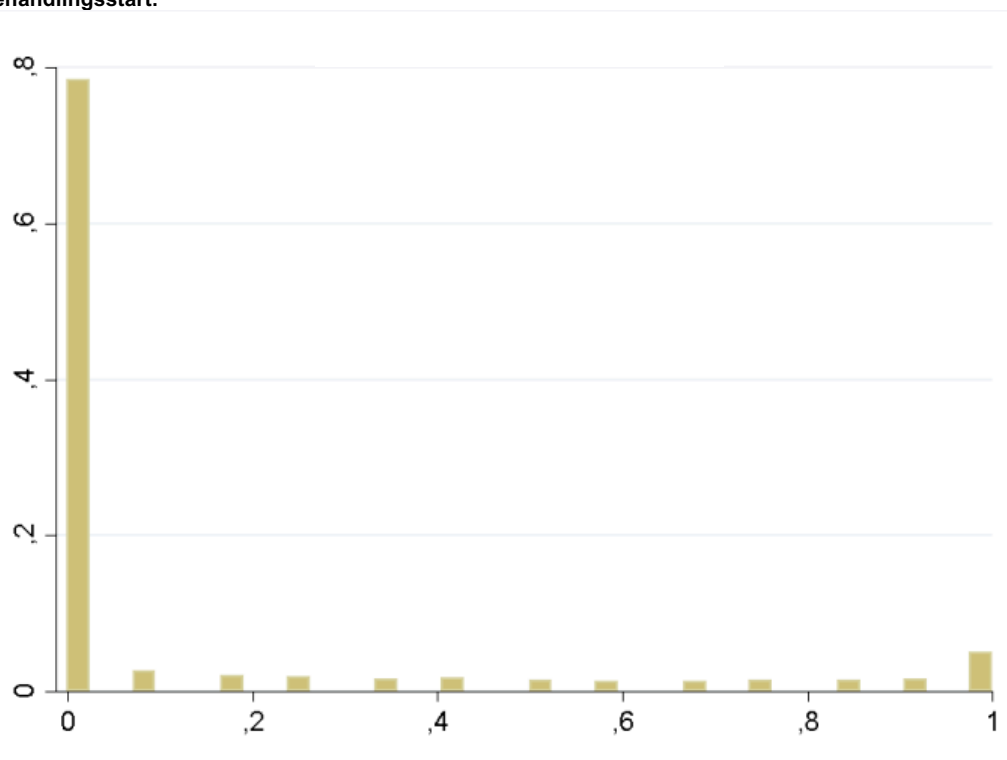
Figur 15: Den gennemsnitlige beskæftigelsesfrekvens per måned i 12 måneder før behandlingsstart og 24 måneder efter behandlingsstart:<sup>29</sup>



Der er adskillige måder man kan definere "at være i beskæftigelse" på. Nogle studier definerer fx "beskæftigelse" som at man er i beskæftigelse i 3 sammenhængende måneder, andre benytter 6 måneder og andre igen ser på beskæftigelsesgraden som andelen af måneder i beskæftigelse (ikke nødvendigvis sammenhængende måneder) ud af en given periode. Der er ikke én definition, som altid er den rigtige. Hvis man imidlertid betragter beskæftigelsesfrekvensen i hver af de 12 måneder i perioden 12 -24 måneder efter behandlingsstart i de rå data ser man, at næsten 80 pct. af analysepopulationen overhovedet ikke er i beskæftigelse i denne periode, og at ud af de resterende godt 20 pct. er der stort set lige mange, der er i beskæftigelse i 1 måned, henholdsvis 2 måneder, og så videre op til 11 måneder (ikke nødvendigvis sammenhængende måneder) og en lidt højere andel, som er i beskæftigelse i alle 12 måneder i perioden, jf. Figur 16.

<sup>29</sup> For hver måned før eller efter behandlingsstart er afbildet sandsynligheden for at være i beskæftigelse. Fx er der 12 pct. af de 17.752 personer, der er i beskæftigelse 2 måneder før deres behandlingsstart. Andelen for hver af de i alt 36 måneder er beregnet på hele analysepopulationen.

Figur 16: Andelen af personer i analysepopulationen i beskæftigelse i 0-12 måneder i perioden 12-24 måneder efter behandlingsstart.



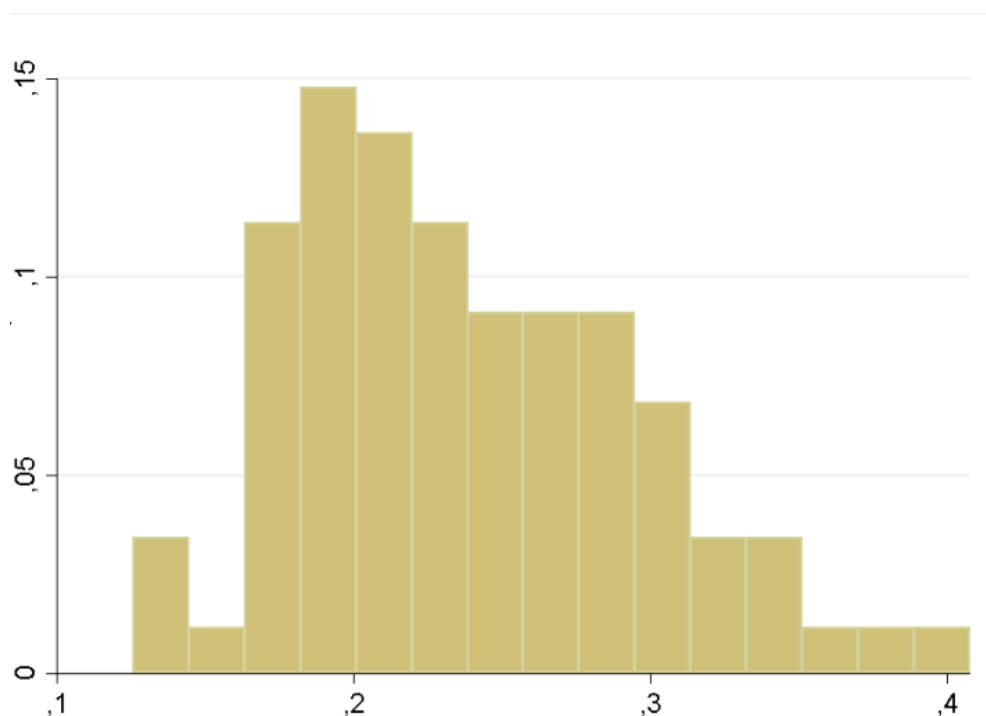
Figur 16 indikerer, at man i virkeligheden burde måle to forskellige former for beskæftigelse: først skulle man analysere, om personerne overhovedet kommer i beskæftigelse eller ej – dvs. enten er man aldrig i beskæftigelse i perioden eller også er man i beskæftigelse i mindst én måned. I et andet trin skulle man så analysere, hvad sandsynligheden er for at komme i beskæftigelse i 1 måned, 2 måneder, osv., givet at man er i beskæftigelse i mindst én måned.<sup>30</sup> Set fra et indsatsmæssigt perspektiv kunne disse to resultatmål nemlig være succesfulde resultater af forskellige politikmål i kommunen: nogle kommuner kunne være gode til, eller have som politikmål, at få folk ud på arbejdsmarkedet fremfor at have fokus på fastholdelse, mens andre kommuner kunne være gode til, eller have som politikmål, at matche virksomheder og udsatte borgere (personer med stofmisbrug) med særligt henblik på fastholdelse i beskæftigelse. Begge dele kan betegnes som et succesfuldt resultat.

<sup>30</sup> Teknisk set ville den ideelle økonometriske model for dette data være en Tobit model. Dette er en avanceret økonometrisk model, men givet datadiskussionen ovenfor, vurderes det, at en sådan model ikke er anvendelig her.

Ideelt set ville vi lavet begge analyser. Ved nærmere inspektion af data viser det sig imidlertid, at når man betinger på, at personerne skal være i beskæftigelse mindst én måned, er der kun 44 kommuner, som har mere end 30 personer i beskæftigelse. Dvs. vi ville kun kunne lave analysen på disse 44 kommuner. Og eftersom en af præmisserne for opgaven er, at benchmarkinganalysen skal være landsdækkende, laves kun den første analyse.

Vi definerer derfor det at være i beskæftigelse som at være i beskæftigelse i mindst én måned ud af de 12 måneder i perioden 12 – 24 måneder efter behandlingsstart. Den gennemsnitlige andel i beskæftigelse 12 -24 måneder (taget over alle 17.752 individer) efter behandlingsstart er 21,6 pct. (med en standardafvigelse på 41,2 pct.). Når man betragter den gennemsnitlige andel i beskæftigelse per kommune, er gennemsnittet af disse kommune-andele 23,7 pct. (med en standardafvigelse på 5,8 pct.). Der er en del variation over kommunerne, hvilket kan ses af histogrammet i Figur 17.

Figur 17: Histogram over andelene i de forskellige kommuner



Eftersom vi er interesserede i at måle kommunernes resultater mht. at få personer med stofmisbrug i arbejde, er det interessant først at undersøge de individuelle transitioner mellem forskellige arbejdsmarkedstilknytninger før og efter behandlingsforløbet. i Figur 17.

Figur 17 indikerer, at der sker bevægelser ind og ud af beskæftigelse. Vi undersøger det nærmere ved hjælp af variabelen arbejdsmarkedsstatus (PSTIL) fra IDA-databasen, hvor vi for alle personer sammenligner deres arbejdsmarkedstilknytning i året før behandlingsstart med perioden 12-24 måneder efter behandlingsstart.

Specifikt vil vi se på status for personer, som kommer i beskæftigelse efter indskrivning i behandling: hvad var deres status i året før de kom i behandling? Dette er vist i Tabel 26.

**Tabel 26: Arbejdsmarkedstilknytning året før sammenlignet med perioden 12-24 måneder efter behandlingsstart**

Kategori	Arbejdsmarkedstilknytning året før		Beskæftigelse efter	
	Antal	Procent	Antal	Procent
I beskæftigelse	4920	27,7	2317	47,1
Arbejdsløs	1305	7,34	329	25,2
Studerende	1182	6,56	306	25,9
Førtidspensionist	1980	11,4	13	0,7
Kontanthjælp	3571	20,2	182	5,1
Aktivering	1842	10,4	197	10,7
Udenfor arbejdsstyrken	2952	16,4	493	16,7
<b>Total</b>	<b>17.752</b>	<b>100</b>	<b>3837</b>	

**Note:** Procent andelen i den sidste søjle er andelen i kategorien året efter taget ud af andelen i den samme kategori året før; fx er andelen på 47,1 procent i beskæftigelse året efter de 2317 ud af de 4920.

Heraf kan man fx se, at ud af de 27,7 pct., der var i beskæftigelse et år inden de startede deres stofmisbrugsbehandling, er 47,1 pct. i beskæftigelse et år efter. Men man kan også se, at ud af de 16,4 pct., der var udenfor arbejdsstyrken et år inden de startede deres stofmisbrugsbehandling, er 16,7 pct. i beskæftigelse et år efter, og ligeså for de, der var på overførsel eller i aktivering eller var arbejdsløse er henholdsvis 10,7 pct., 5,1 pct. og 25,2 pct. i beskæftigelse et år efter. Dette viser, at der er mange forskellige veje ind til beskæftigelse for analysepopulationen.

Tabellen viser også, at 3837 personer er i beskæftigelse 12-24 måneder efter behandlingens start. Denne beskæftigelse viser sig, jf Tabel 27, for langt størstedelens vedkommende at være ikke-støttet beskæftigelse.



**Tabel 27: Andelen af de personer, der er i beskæftigelse 12-24 måneder efter behandlingens start, som er i fleksjob eller i støttet beskæftigelse**

Typer af beskæftigelse	Antal	Andel
Fleksjob	29	0,8
Støttet beskæftigelse	237	6,2
I anden beskæftigelse	3.571	93,0
<b>Total</b>	<b>3.837</b>	<b>100</b>

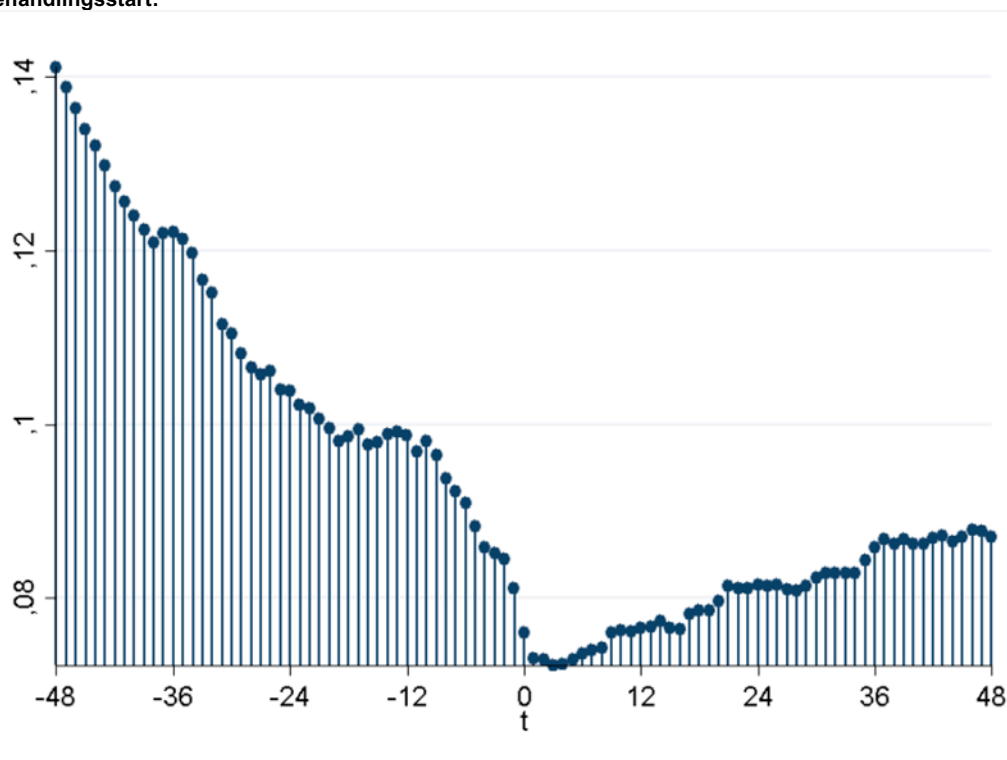
### Uddannelse

Stort set de samme overvejelser gør sig gældende i relation til uddannelsesvariablen som for beskæftigelsesvariablen, og for ydermere at holde uddannelsesvariablen konsistent med beskæftigelsesvariablen definerer vi ligeledes det at være uddannelse som at man er i uddannelse i mindst én måned i perioden 12 – 24 måneder efter behandlingsstart.

Figur 18 viser en graf over sandsynligheden for at være i uddannelse i en bestemt måned relativt til ens behandlingsstart, og den ligner den tilsvarende graf for beskæftigelse. Dog med den forskel, at der fortsat er en stigende tendens i tiden efter de 24 måneder efter behandlingsstart. Her er de yngste personer ekskluderet fra analysepopulationen.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> Hvis man ikke ekskluderer de yngste, får man en meget højere andel før behandlingsstart og en helt flad profil efter behandlingsstart, som snarere lader til at afspejle, at mange stadig er i gang med folkeskolen (10. klasse) ganske simpelt pga. deres alder.

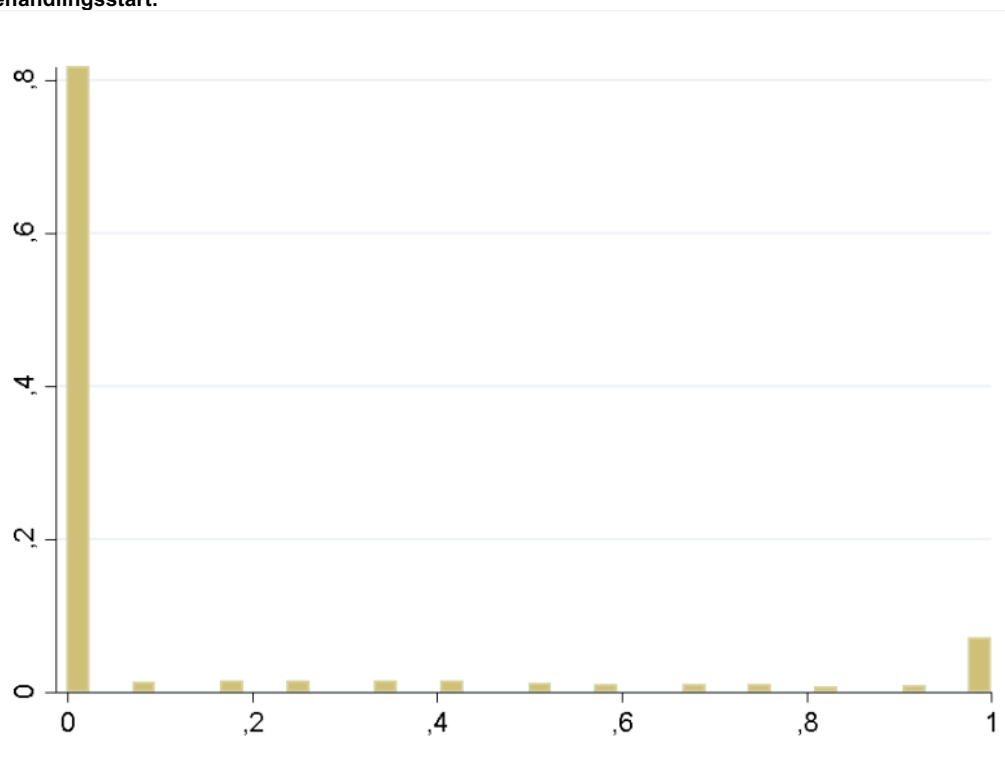
Figur 18: Den gennemsnitlige uddannelsesfrekvens per måned i 12 måneder før behandlingsstart og 24 måneder efter behandlingsstart:<sup>32</sup>



Mønstret i andelen af måneder, personerne er i uddannelse er vist i Figur 19 og er præcis det samme som for beskæftigelse, og helt de samme overvejelser gør sig gældende. For uddannelse ville vi kun være i stand til at gennemføre trin to i den ideelle analyse (at måle antallet af måneder i uddannelse i perioden, givet at man var i uddannelse i mindst én måned) for 36 ud af de 88 kommuner.

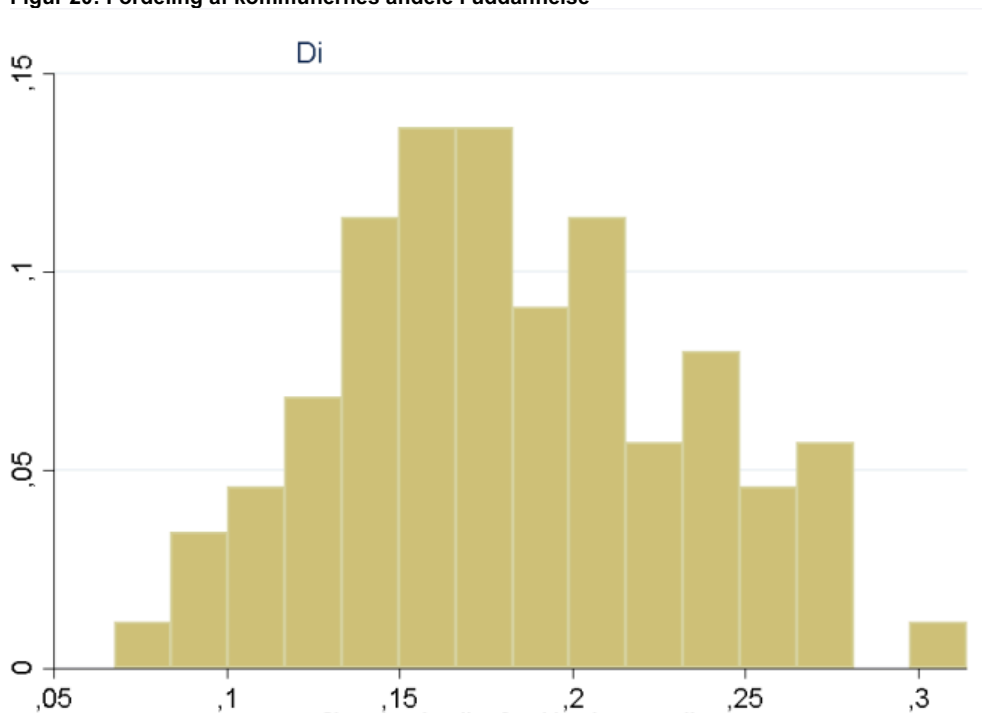
<sup>32</sup> For hver måned relativt til behandlingsstart er afbildet sandsynligheden for at være i beskæftigelse. Fx er der 12 pct. af de 17.752 personer, der er i beskæftigelse 2 måneder før deres behandlingsstart. Hver måned af de 36 måneder er beregnet på hele analysepopulationen.

Figur 19: Andelen af personer i analysepopulationen i uddannelse i 0-12 måneder i perioden 12 -24 måneder efter behandlingsstart.



Den gennemsnitlige andel i uddannelse 12 - 24 måneder efter behandlingsstart er 17,8 pct. (med en standardafvigelse på 38,3 pct.). Når man betragter den gennemsnitlige andel i uddannelse per kommune, er gennemsnittet af disse kommune-andele 18,2 pct. (med en standardafvigelse på 5,0 pct.). Der er altså også en del variation over kommunerne, hvilket også kan ses af Figur 20.

Figur 20: Fordeling af kommunernes andele i uddannelse



Der er 3.167 personer, der er i uddannelse i mindst én måned i perioden 12-24 måneder efter behandlingsstart. En bekymring kunne være, at flertallet af disse springer fra én uddannelse til en anden. Det viser sig, at det kun er ca. 10 pct., der er i gang med mere end én uddannelse i denne 1-årige periode. For at få en fornemmelse af gennemførelsesgraden undersøger vi, i Tabel 28 og Tabel 29, deres uddannelsesstatus i 2014, samt hvilke uddannelser de var i gang med.

Tabel 28: Status på uddannelsesforløb ved udgangen af 2014

Uddannelsesstatus ved udgangen af 2014	Antal personer	Procent
Fuldført	1.017	32,1
Afbrudt	1.266	40,0
I gang	884	27,9
<b>Total</b>	<b>3.167</b>	<b>100</b>

Tabel 29: Fordelingen på forskellige typer af uddannelse

Type af uddannelse	Procent
Andet	2,49
Gymnasiale	7,93
Erhvervsfaglig	73,0
Videregående uddannelse	16,6
<b>Total</b>	<b>100</b>

**Note:** Da der kun er ganske få personer (20), som er i gang med en Særligt Tilrettelagt Ungdomsuddannelse, er denne kategori ikke medtaget som en særskilt kategori i tabellen.

Størstedelen (60 pct.) har altså enten fuldført eller er stadig i gang med en uddannelse, og størstedelen af personerne i analysepopulationen er i gang med eller har fuldført en erhvervsfaglig uddannelse. Tabel 30 viser bevægelserne fra de forskellige typer af arbejdsmarkedstilknytning til uddannelse for analysepopulationen for at illustrere bevægelserne. Dvs. for de personer, som kommer i uddannelse efter indskrivning i behandling, hvad er deres status året før de kom i behandling?

Tabel 30: Andelene i uddannelse i perioden 12-24 måneder efter behandlingsstart sammenlignet med arbejdsmarkedstilknytning året før

Kategori	Arbejdsmarkedstilknytning året før		I uddannelse efter	
	Antal	Procent	Antal	Procent
I beskæftigelse	4920	27,7	1131	23,0
Arbejdsløs	1305	7,34	246	18,9
Studerende	1182	6,56	585	49,5
Førtidspensionist	1980	11,4	34	1,7
Overførsel	3571	20,2	306	8,6
Aktivering	1842	10,4	280	15,2
Udenfor arbejdsstyrken	2952	16,4	585	19,8
<b>Total</b>	<b>17.752</b>	<b>100</b>	<b>3167</b>	

Som man kan se, er der procentvis flest, der forbliver i (eller genoptager) uddannelse (49,5 pct.), men også transitionerne fra beskæftigelse, arbejdsløshed, aktivering eller udenfor arbejdsstyrken ind i uddannelse er forholdsvis store (hhv. 23 pct., 18,9 pct., 15,2 pct. og 19,8 pct.). Ser man på de absolutte antal (og dermed på andelen ud af det samlede antal personer i uddannelse), er

størstedelen personer, der tidligere var i beskæftigelse (1.131 personer). Tabellen viser, at der er en del bevægelse fra de forskellige kategorier af arbejdsmarkedstilknytning og ind i uddannelse. Med andre ord: det er ikke blot personer, der tidligere har været i uddannelse, som det lykkes kommunen at få i uddannelse, det er også personer fra mere sårbare grupper.

## Kriminalitet

Vi måler kriminalitet som at man er blevet dømt mindst én gang (dvs. optræder i registreret KRAF) i året 2013. Bemærk, at vi senere i selve benchmarkinganalysen (afsnit 6.5.2) vender variabelen om, sådan at vi dér måler på det omvendte, nemlig om personerne har holdt sig ude af kriminalitet i et helt år (nemlig året 2013).

Grunden til, at vi vælger 2013 (i stedet for at se på kriminalitet et år efter indskrivning i behandling) er, at KRAF ikke indeholder information om selve datoen for afgørelsen, så vi kan ikke måle afgørelser for en person i en bestemt måned relativt til personens behandlingsstart.<sup>33</sup> At måle kriminalitet i et givet år uden at tage højde for personens starttidspunkt i stofmisbrugsbehandling er ikke uden problemer. Det kan skævvride resultaterne, hvis det for eksempel er mere sandsynligt, at man begår kriminelle aktiviteter, mens man er i behandling end efter endt behandling, og hvis fordelingen af antal personer, som stadig er i behandling i 2013, samtidig ikke er ligeligt fordelt over kommunerne: kommuner med en overvægt af personer i behandling i året 2013 kan således mekanisk komme til at have højere andel af kriminalitet end kommuner med undervægt af personer i behandling i 2013. Vi tager højde for dette i estimationerne ved at inkludere kvartalsdummier, som er relateret til personernes behandlingsstart. Derved sammenligner vi kommunernes andele af kriminalitet, efter der er renset ud for behandlingsstartdatoer, som kunne hænge sammen med eventuelle højere sandsynligheder for kriminel adfærd.

Vi medtager følgende lovovertrædelser og definerer kriminel adfærd som at man er blevet dømt for mindst én af disse lovovertrædelser (og muligvis flere) i 2013: seksualforbrydelser,

<sup>33</sup> Og vi har selvsagt ikke år nok i data til meningsfuldt at måle i år efter behandlingsstart, eftersom KRAF kun går til 2013 på tidspunktet for udførelsen af denne opgave.

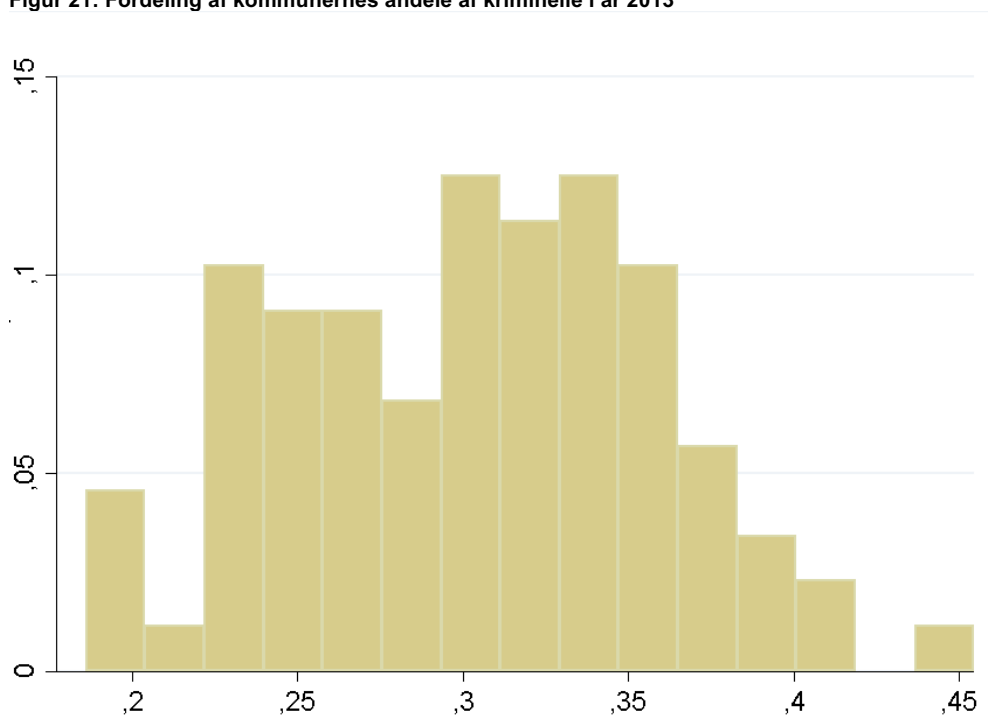
voldsforbrydelser, ejendomsforbrydelser, andre forbrydelser, færdselsuheld (uspecificeret, spiritus og øvrige), overtrædelse af loven om euforiserende stoffer eller overtrædelse af våbenloven samt overtrædelse af særlove i øvrigt. Fordelingen på de forskellige typer kriminelle afgørelser er angivet nedenfor:

**Tabel 31: Fordelingen af typer af forbrydelser**

Type forbrydelse	Antal	Andel af analysepopulationen
Volds/sexsualforbrydelse	834	4,7
Ejendomsforbrydelse	2.326	13,1
Andre forbrydelser	337	1,9
Færdselsuheld	1.473	8,3
Lov om våben/stoffer	1.651	9,3
Særlove	905	5,1
Mindst én af de ovenstående forbrydelser	5.485	30,9

Andelen af personer, der har begået kriminalitet i 2013, er 30,9 pct. (med en standardafvigelse på 46,2 pct.), hvor den højeste andel som forventet ligger på ejendomsforbrydelser (dette inkluderer indbrud). Når man betragter den gennemsnitlige andel af kriminalitet per kommune, er gennemsnittet af disse kommune-andele 30,2 pct. (med en standardafvigelse på 5,6 pct.). Der er en del variation over kommunerne, hvilket kan ses af histogrammet i Figur 21.

Figur 21: Fordeling af kommunernes andele af kriminelle i år 2013



Som ved beskæftigelse og uddannelse ser vi på andelen af personer, der begår kriminalitet, fordelt efter deres arbejdsmarkedstilknøytning et år før behandlingsstart:

Tabel 32: Andelen af dømte i år 2013 sammenlignet med arbejdsmarkedstilknøytning året før

Kategori	Arbejdsmarkedstilknøytning året før		Dømt i 2013	
	Antal	Procent	Antal	Procent
I beskæftigelse	4920	27,7	1261	25,6
Arbejdsløs	1305	7,34	381	29,2
Studerende	1182	6,56	346	29,3
Førtidspensionist	1980	11,4	566	28,6
Overførsel	3571	20,2	1250	35,0
Aktivering	1842	10,4	534	29,0
Udenfor arbejdsstyrken	2952	16,4	1155	39,1
<b>Total</b>	<b>17.752</b>	<b>100</b>	<b>5493</b>	<b>100</b>

Andelen, der begår kriminalitet, varierer mellem 25 pct. og 40 pct., afhængig af tidligere arbejdsmarkedstilknøytning. Den laveste andel på 25 pct. er for de, der var i beskæftigelse før behandlingsstart, men de højeste er for de på overførsler og udenfor arbejdsstyrken.



## 6.4 Rammevilkår på individniveau

For analysepopulationen af personer i stofmisbrugsbehandling inkluderes en række variabler, der afspejler kommunernes rammevilkår på individniveau og som formodes at påvirke udfaldet af resultatmålet. Variablene kan inddeles i kategorierne: socioøkonomiske og demografiske faktorer, arbejdsmarkedshistorik, kriminalitetshistorik, helbredshistorik og type af stofmisbrug:

### Socioøkonomiske og demografiske faktorer:

- Alder, etnicitet, køn, uddannelsesniveau, er hjemmeboende, boligsituation, har partner, indkomst

### Arbejdsmarkedshistorik:

- Arbejdsmarkedsstatus i året før behandlingsstart

### Kriminalitetshistorik:

- Har begået kriminalitet, typer af forbrydelser

### Helbredshistorik:

- Typer af diagnoser ved indlæggelse (somatiske og psykiske diagnoser ved somatiske indlæggelser)

### Type af stofmisbrug:

- Denne information hentes fra Stofmisbrugsdatabasen (SIB), hvor vi deler op i opioder, CNS stimulanter, cannabis, andre eller manglende oplysninger.

De præcise definitioner af variablene, der inkluderes for at afspejle kommunernes rammevilkår på individniveau er angivet i Tabel 65 i bilag 3.2.

De følgende tabeller (Tabel 33, Tabel 34 og Tabel 35) angiver gennemsnittet af andelen for de forskellige inkluderede variable i de 88 inkluderede kommuner.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Andelen er således gennemsnittet over de 88 andele for de 88 kommuner.

Tabel 33: Andelene af de forskellige baggrundskarakteristika

Demografiske faktorer	Andel
Alder: Højest 19 år	0,18
Alder: 20-24	0,24
Alder: 25-29	0,16
Alder: 30-34	0,13
Alder: 35-39	0,11
Alder: 40-44	0,08
Alder: 45-58	0,09
Uddannelse: Grundskole	0,73
Uddannelse: Gymnasial	0,04
Uddannelse: Erhvervsfaglig	0,15
Uddannelse: Længerevarende	0,03
Uddannelse: Mangler	0,05
Mand	0,76
Har en partner	0,18
Etnicitet dansk	0,91
Er hjemmeboende	0,14
Bolig: Egen, uafhængig	0,57
Bolig: Hos familie/venner	0,17
Bolig: Støttet bolig	0,07
Bolig: Barn udenfor hjemmet <sup>35</sup>	0,02
Bolig: Andet eller mangler	0,16
<b>Totale antal for alle andelene</b>	<b>17.752</b>

<sup>35</sup> Betyder at personen er et barn (ved behandlingsstart), som bor udenfor hjemmet, fx anbragt, på institution eller på efterskole/højskole; kommer fra SIB

**Tabel 34: Arbejdsmarkedshistorik og indkomst**

	<b>Andel</b>
I beskæftigelse	0,28
Arbejdsløs	0,07
Studerende	0,07
Førtidspensionist	0,11
Overførsel	0,20
Aktivering	0,10
Udenfor arbejdsstyrken	0,17
Indkomst under 50.000	0,17
Indkomst mellem 50.000 og 100.000	0,28
Indkomst mellem 100.000 og 150.000	0,28
Indkomst mellem 150.000 og 200.000	0,18
Indkomst over 200.000	0,09
Totale antal for alle andelene	17.752

**Tabel 35: Kriminalitets – og helbredshistorik**

	<b>Andel</b>
Kriminalitet: Stoffer/våben	0,29
Kriminalitet: Seksuel/vold	0,19
Kriminalitet: Ejendomsforbrydelser	0,37
Kriminalitet: Trafikale	0,27
Kriminalitet: Straffe	0,08
Kriminalitet: Specielle	0,07
Helbred: Infektionssygdom	0,03
Helbred: Lungesygdom	0,06
Helbred: Nervesystemet	0,07
Helbred: Hovedorganiser	0,02
Helbred: Lymfesystemet	0,02
Helbred: Blodsygdom	0,01
Helbred: Gastro	0,17
Helbred: Endokrin sygdom	0,03
Helbred: Psykisk sygdom	0,11
Antal hospitalsbesøg	6,79
Totale antal observationer for andelene	17.752

Sammenligner man alle disse individuelle baggrundsfaktorer, som vi inkluderer som baggrundskaraktistika for analysepopulationen med resten af den danske befolkning, kan man se, at der er store forskelle. Dette er illustreret i Tabel 66 i bilag 3.2. Særligt er stofmisbrugerne mindre uddannede, har lavere indkomster, er langt mindre i beskæftigelse og uddannelse og har en langt højere forekomst af kriminalitet:

## **6.5 Resultater**

### **6.5.1 Hvad er betydningen af de individuelle rammevilkår?**

I dette afsnit gennemgås resultaterne fra den lineære sandsynlighedsmodel, og der konkluderes på, om man bør man korrigere for kommunernes rammevilkår på individniveau.

Det første spørgsmål er, om de individuelle baggrundskaraktistika forklarer noget af variationen i resultatmålene, og om regressionsresultaterne i øvrigt ser fornuftige ud: er variablene statistisk signifikante og er fortegnene, som man ville forvente? Det næste spørgsmål er, hvad det betyder for variationen i niveauerne af resultatmålene - og dermed for potentialerne for bedre resultater for den enkelte kommune, når denne sammenlignes med de kommuner, der klarer det bedre? Og det tredje spørgsmål er, om det at korrigere for individuelle baggrundskaraktistika betyder noget for rangeringen af kommunerne på de enkelte resultatmål? Betyder det fx at de højest rangerede kommuner ikke længere er de højest rangerede (på de enkelte resultatmål), når der korrigeres for individuelle rammevilkår? Disse tre spørgsmål ser vi på nu ét efter ét.

Regressionsresultaterne fra den lineære sandsynlighedsmodel er samlet i Tabel 67-Tabel 72 i bilag 3.3, og de korrigerede resultatmål er afbildet med deres konfidensintervaller i Figur 36 - Figur 38 i bilag 3.3. Det første man ser af tabellerne med regressionsresultaterne er, at langt de fleste af de inkluderede baggrundsvariable er statistisk signifikante, og at dette gælder for alle tre resultatmål. Det næste, vi undersøger, er, hvor meget af variationen i resultatmålene på tværs af individerne i målgruppen der samlet set er forklaret af målgruppens baggrundskaraktistika, og hvor meget, der er forklaret af de kommune specifikke effekter, se Tabel 36.

Tabel 36: Varians-dekomposition af de korrigerede resultatmål: hvor meget er forklaret af hvilken del af modellen?

Del af modellen	Beskæftigelse	Uddannelse	Kriminalitet
Individuelle rammevilkår og tidseffekter	22,4	19,9	13,3
Kommune specifikke effekter	0,70	0,64	0,69

Det er meget vigtigt at holde sig for øje med denne type dekompositioner, at tallene afhænger af **rækkefølgen, man dekomponerer i**: andelen, der er forklaret af de kommune-specifikke effekter er andelen **efter**, der er korrigeret for målgruppens baggrundskarakteristika. Når dette er sagt, så viser tabellen altså, at målgruppens rammevilkår på individniveau forklarer mellem 13 og 22 procent af variationen i de tre resultatmål over kommunerne. Når denne variation er "taget ud", forklarer de kommune-specifikke effekter omkring 0,7 procent. Det vil altså sige, at når man først har korrigeret for individuelle rammevilkår i form af borgersammensætningen i kommunerne, er der kun meget lidt ekstra, der kan forklares af en kommune-specifik effekt. Det vil sige, at der stadig er en del af variationen i resultatmålene, som hverken kan forklares af noget, vi kan observere i data eller af en konstant kommune-specifik effekt: mellem 77 og 86 procent af forskellen i mellem kommunerne er stadig u-forklaret. Et eksempel på en u-forklaret og u-observeret faktor kan være netværk og motivation. Disse vil begge have betydning for den enkeltes mulighed for at være i beskæftigelse, men er mere udefinerbare og der findes ikke gode mål for dem i registerdata.

Selvom der således er en stor andel u-forklaret variation i resultatmålene, er en samlet forklaringsandel på mellem 14 og 23 procent ikke en dårlig forklaringsgrad for en regression baseret på mikrodata.

Når man dernæst ser på fortegnene i regressionsresultaterne, har alle koefficienter (som er statistisk signifikante) det forventede fortegn. For resultatmålet beskæftigelse finder vi, at jo ældre man er, jo lavere er sandsynligheden for at komme i beskæftigelse. Ligeså er det ikke at være i beskæftigelse, eller at have begået kriminalitet før behandlingsstart, begge baggrundsfaktorer, som hænger negativt sammen med at komme i beskæftigelse. Dårligt helbred (fysisk eller psykisk) målt ved behandlingskontakt eller ikke at have sin egen bolig ved behandlingsstart hænger også negativt sammen med at komme i beskæftigelse, hvorimod mere uddannelse, højere indkomst (før

behandlingsstart), samt det at være af dansk oprindelse alle er baggrundsfaktorer, der har en positiv effekt på at komme i beskæftigelse. Alle de nævnte effekter er signifikante, og det eneste, der måske er lidt overraskende er, at kategorierne i variabelen "hovedstof", som karakteriserer ens stofmisbrug ikke er signifikante, undtagen for kategorierne "mangler" og "CNS stimulerende", som begge har positiv indflydelse på det at komme i beskæftigelse.

For resultatmålet uddannelse finder vi, at jo ældre man er, jo mindre sandsynligt er det, at man kommer i uddannelse. Ligeledes har et allerede højt uddannelsesniveau (videregående niveau) en negativ sammenhæng med, om man tager mere uddannelse, ligesom en høj indkomst før behandlingsstart hænger negativt sammen med at komme i uddannelse, hvilket kan skyldes, at man er i arbejde før (og efter) behandlingsstart og derfor ikke har behov for (mere) uddannelse. Alle andre kategorier af arbejdsmarkedstilknytningsvariablen end arbejdsløshed før behandlingsstart hænger negativt sammen med at være i uddannelse, ligesom det at bo i støttet bolig hænger negativt sammen med at komme i uddannelse. Derimod er det mere sandsynligt, at man kommer i uddannelse, hvis man er yngre og bor hjemme. Tidligere domme har en enten negativ effekt eller ingen signifikant effekt på uddannelsesvalg i perioden efter behandlingsstart, ligesom helbredsvariablene heller ikke lader til at have nogen indflydelse.

For resultatmålet kriminalitet finder vi, at alder har en stor, signifikant effekt: jo ældre man er, jo mindre sandsynligt er det, at man begår kriminalitet. Endvidere har mænd en højere sandsynlighed for at blive dømt for kriminalitet. Det er mindre sandsynligt, at man dømmes for kriminalitet, hvis man har etniciteten dansk. Arbejdsmarkedstilknytningsvariablene har ingen signifikant effekt på kriminalitet<sup>36</sup>, hvorimod indkomstniveauet har en stærk og forholdsvis stor, negativ sammenhæng med en dom for kriminalitet. De stærkeste indikatorer på kriminalitet er, om man tidligere er blevet dømt for kriminalitet, eller om ens hovedmisbrug er registreret som værende opiader eller CNS stimulerende stoffer ved behandlingsstart: begge øger sandsynligheden for at begå kriminalitet i

---

<sup>36</sup> Dette var allerede indikeret i Tabel 34.

året efter behandlingsstart. Psykisk helbred har ingen signifikant sammenhæng med kriminalitet, hvorimod helbredsproblemer med nervesystemet har.

Samlet set kan det konkluderes, at de inkluderede baggrundskarakteristika har de forventede fortegn i de fleste tilfælde, og oftest i de tilfælde, hvor variabelen er statistisk signifikant. Analysen viser altså, at de individuelle baggrundskarakteristika forklarer en del af variationen i resultatmålene, at regressionsresultaterne ser fornuftige ud i og med, at variablene er statistisk signifikante, og at fortegnene er, som man ville forvente.<sup>37</sup>

Det næste, vi undersøger er det andet og det tredje spørgsmål: hvor stor en forskel gør det i forhold til variationen i niveauerne af resultatmålene over kommunerne, samt i forhold til kommunernes rangering, at korrigerer for individuelle rammevilkår?

For at besvare dette spørgsmål, sammenligner vi de ukorrigerede resultatmål med de korrigerede. De ukorrigerede resultatmål angiver for hver kommune den observerede andel, udelukkende rensset for tidseffekter. Hvis resultatmålet fx er beskæftigelse, viser det ukorrigerede resultatmål for kommune  $k$  andelen af personer i målgruppen, der er i beskæftigelse 12-24 måneder efter behandlingsstart i kommune  $k$ , mens det korrigerede resultatmål angiver andelen af personer i målgruppen i kommune  $k$ , der ville være kommet i beskæftigelse, hvis kommune  $k$  havde en målgruppesammensætning magen til den landsgennemsnitlige målgruppesammensætning.<sup>38</sup> Dvs. at fortolkningen af forskellen mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål for en kommune er den samlede betydning for resultatmålet af borgersammensætningen i kommunen sammenlignet med den landsgennemsnitlige borgersammensætning. Dvs. at når det korrigerede resultatmål er højere i niveau end det ukorrigerede, har kommunen en sammensætning af borgere i målgruppen, der alt i alt er dårligere for resultatmålet, end hvis de havde haft den

---

<sup>37</sup> Tideffekterne spiller ikke så stor en rolle for beskæftigelse og uddannelse, når der er kontrolleret for de individ-specifikke baggrundskarakteristika. Tideffekterne er større for kriminalitet, hvilket sandsynligvis ganske simpelt er fordi, vi betragter kriminalitet i 2013 og ikke kriminalitet i året efter behandlingsstart, hvorfor tideffekterne kommer til at indeholde timingen af den dømte kriminalitet. Man kan se, at færre dømmes, jo senere behandlingsstarten er, men dette skyldes formentlig blot, at jo senere man starter behandling i perioden, jo mindre tid er der til at blive dømt for kriminalitet i tiden op til 2013.

<sup>38</sup> Se også metodeafsnittet for formel for udregning af de af modellen predikterede resultatmål.

landsgennemsnitlige sammensætning af borgere i målgruppen. Hvis omvendt det korrigerede resultatmål er lavere i niveau end det ukorrigerede, har kommunen en sammensætning af borgere i målgruppen, der alt i alt er bedre for resultatmålet, end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige sammensætning af borgere i målgruppen. Hvis det ukorrigerede og korrigerede resultatmål for en bestemt kommune ligger meget tæt på hinanden, betyder det, at det ikke gør nogen forskel at korrigere for målgruppens baggrundsfaktorer for denne kommune. Hvis de derimod ligger langt fra hinanden, har det stor betydning at korrigere for målgruppens baggrundsfaktorer for denne kommune.

I det følgende undersøger vi forskellene på de ukorrigerede og korrigerede resultatmål for kommunerne for ét resultatmål ad gangen.

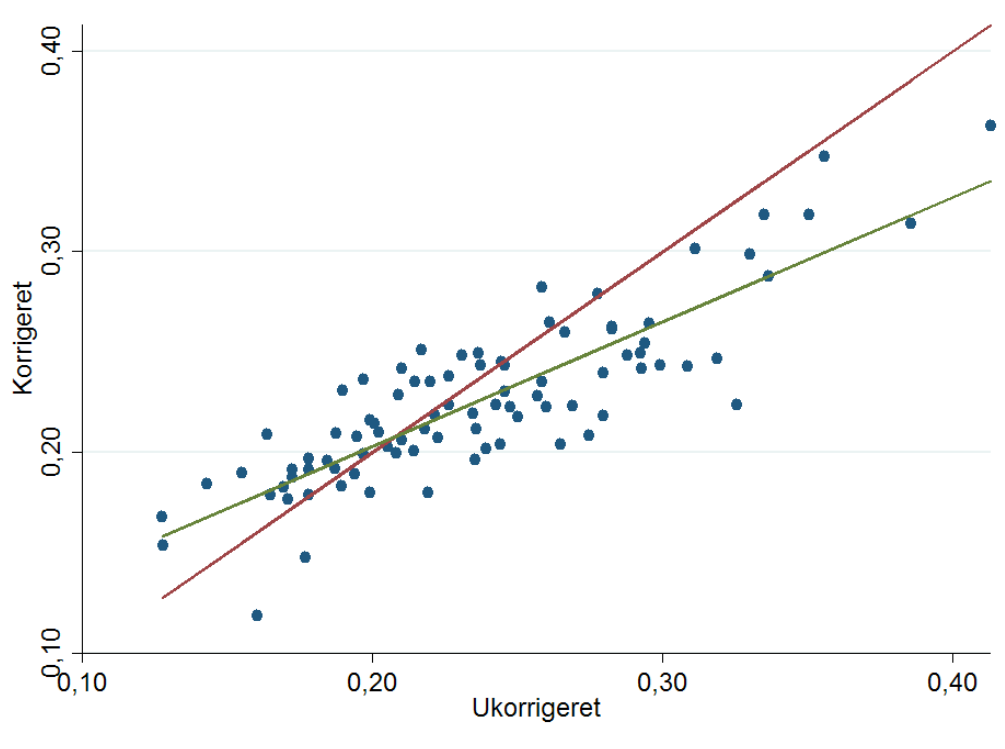
### **Beskæftigelse**

Figur 22 afbilder de ukorrigerede resultatmål ud af den vandrette akse og de korrigerede resultatmål op ad den lodrette akse, defineret ved beskæftigelse, hvor hvert punkt således repræsenterer én kommunes niveauer af de to værdier for resultatmålet (ukorrigeret, korrigeret). Den røde linje er 45 graders linjen, dvs. hvis et punkt ligger netop på denne linje, er kommunens ukorrigerede resultatmål lig med det korrigerede og for denne kommune gør det ingen forskel at korrigere. Hvis en kommunens punkt ligger langt væk fra 45 graders linjen, gør det derimod en stor forskel at korrigere for denne kommune. Det, som denne graf tillige kan vise, er, om variationen i resultatmålet bliver mindre, når man korrigerer for individuelle rammevilkår: hvis punkterne til højre i grafen (kommunerne med de højeste ukorrigerede resultatmål) systematisk ligger under 45 graders linjen, mens punkterne til venstre i grafen (kommunerne med de laveste ukorrigerede resultatmål) systematisk ligger over 45 graders linjen, betyder det, at de højest rangerede kommuner får lavere resultatmål, når der korrigeres, mens de lavest rangerede kommuner får højere resultatmål, når der korrigeres. Med andre ord, så bliver variationen mellem de højeste og de laveste kommuner mindre. De højest rangerede kommuner fremstår altså med et lavere niveau og de lavest rangerede med et højere niveau, hvilket mindsker spændet fra højest til lavest. Dette



er illustreret ved, at den grønne linje (som er regressions-sammenhængen mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål) er fladere end 45 graders linjen.

Figur 22: Beskæftigelse: Kommunernes rå (ukorrigerede) resultat sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Figur 22 viser, at der for de fleste kommuner er forskel på de ukorrigerede og korrigerede resultatmål for beskæftigelse, samt at spændet (variationen) mellem de højest og lavest rangerede kommuner mindskes, når der korrigeres for individuelle rammevilkår. Dette betyder, at potentialerne for bedre resultater er mindre, når der korrigeres.

Vi fokuserer herefter på et udsnit af kommuner for at se, om rangeringen for disse udsnit ændres.

Udsnittene er de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner:

**Tabel 37: Beskæftigelse: Ændringer i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret	Rangering ukorrigeret	Gruppering korrigeret	Rangering korrigeret	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Herlev	1	1	1	1	0
Egedal	1	2	1	5	-3
Billund	1	3	1	2	1
Ballerup	1	4	1	3	1
Ishøj	1	5	1	8	-3
<b>De fem største kommuner</b>					
København	6	58	4	38	20
Århus	8	78	8	72	6
Aalborg	9	87	9	86	1
Odense	9	85	8	74	11
Esbjerg	8	73	7	70	3

**Note:** Kommunerne er delt op i 9 grupper, dvs. hvis man tilhører gruppe 1 er man blandt de 9 højest rangerede, etc.

Som man kan se af tabellen, er der meget små skift i rangeringerne; de fire højest rangerede kommuner ligger stadig blandt de fem højest rangerede, og ingen af kommunerne ryger ud af gruppe 1. Den bedst rangerede kommune forbliver den bedst rangerede, to kommuner rykker én plads op og to andre kommuner rykker tre pladser ned. Dette indikerer, at det ikke ændrer noget væsentligt i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner at korrigere for deres borgersammensætning; med andre ord, forklaringen på, at disse kommuner rangerer højest ligger ikke i målgruppens individkarakteristika.

Billedet er meget anderledes, når man betragter de fem største kommuner. Her er alle fem kommuner rangeret bedre, når der tages højde for rammevilkår på individniveau. Dette indikerer, at de største kommuner har en målgruppesammensætning, som bærer noget af forklaringen på deres rangering i de ukorrigerede resultatmål i forhold til andre kommuner. Dette er særlig udtalt for København, som rykker 20 pladser svarende til to grupper ud af de 9 grupper op i rangeringen, når der tages højde for sammensætningen af dens målgruppe.

Samlet set finder vi altså for beskæftigelse, at selvom det ikke ændrer noget nævneværdigt i

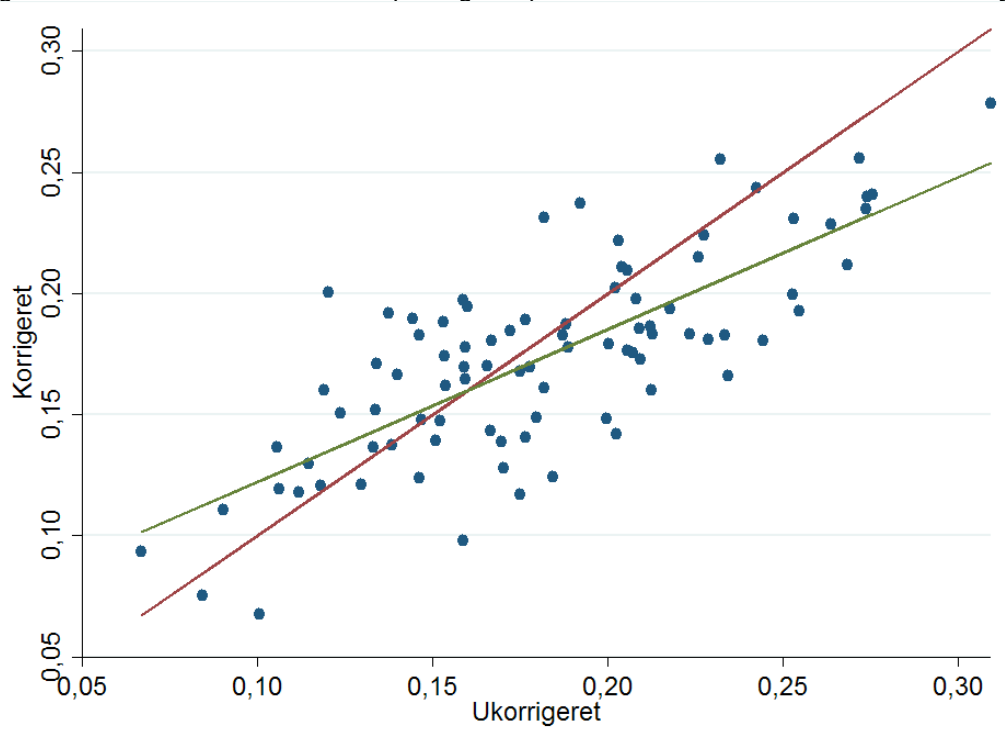
rangeringen for de fem højest rangerede kommuner at korrigere for individuelle rammevilkår, så har det betydning for de fem største kommuner (særligt København og Odense), som alle rangerer højere efter der korrigeres, og det ændrer også niveauerne for resultatmålene for mange kommuner. Særligt får de højest rangerede lavere resultatmål, når der korrigeres, og de lavest rangerede får højere resultatmål. Det sidste mindsker spændet mellem de højest og lavest rangerede, hvilket er vigtigt, fordi afstanden fra en bestemt kommune til de kommuner, der rangerer højere, er bestemmende for kommunens potentiale. Dvs. at jo større spændet er mellem de højest og lavest rangerede kommuner, jo større er potentialerne for bedre resultater. Denne analyse viser derfor, at man risikerer at overvurdere potentialerne for bedre resultater for mange kommuner i forhold til at få personer med stofmisbrug i beskæftigelse, hvis man ikke korrigerer for individuelle rammevilkår.

Vi laver nu den samme analyse for resultatmålene uddannelse og kriminalitet, hvor der undervejs henvises til afsnittet om beskæftigelse.

## Uddannelse

Figur 23 afbilder de ukorrigerede resultatmål ud af den vandrette akse og de korrigerede resultatmål op ad den lodrette akse, for resultatmålet uddannelse.

Figur 23: Uddannelse: Kommunernes rå (ukorrigerede) resultat sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Som det var tilfældet for beskæftigelse, er billedet for uddannelse det samme: Spændet mellem de højest rangerede og lavest rangerede er overordnet set mindsket, hvilket også er illustreret ved, at den grønne linje er fladere end 45 graders linjen.

Vi ser herefter på, hvordan rangeringen skifter for de fem højest rangerede kommuner, samt for de fem største:

**Tabel 38: Uddannelse: Ændringer i rangeringen af de Ændringer i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret	Rangering ukorrigeret	Gruppering korrigeret	Rangering korrigeret	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Solrød	1	1	1	1	0
Faxe	1	2	1	5	-3
Roskilde	1	3	1	6	-3
Skive	1	4	1	8	-4
Gribskov	1	5	1	2	3
<b>De fem største kommuner</b>					
København	8	72	3	26	46
Århus	4	38	3	30	8
Aalborg	6	52	5	41	11
Odense	4	39	4	38	1
Esbjerg	5	47	6	53	-6

For de fem højest rangerede kommuner er billedet det samme som for beskæftigelse: ingen af kommunerne ryger ud af gruppen af de ti højst rangerede kommuner, den højest rangerede kommune forbliver højest rangeret, én kommune rykker 3 pladser op og 3 kommuner rykker 3 henholdsvis 4 pladser ned.

For de fem største kommuner er billedet også det samme som for beskæftigelse, nemlig at der er større ændringer i rangeringen. Fire af de fem kommuner rykker opad, og særligt København, Aalborg og Århus springer 46, 11 henholdsvis 8 pladser opad. Dvs. at fx København ser ud til at være relativt dårlig til at få personer med stofmisbrug i uddannelse, men når man tager højde for målgruppens individkarakteristika, ser billedet helt anderledes ud, og København er blevet fem grupper bedre til at få personer med stofmisbrug i uddannelse. I modsætning til beskæftigelse er det her kun 4 ud af de fem kommuner, som klarer sig bedre, når man tager højde for individkarakteristika. Men det overordnede billede er stadig, at de største kommuner ligger lavt i rangeringen i forhold til andre kommuner, hvis man ikke tager højde for målgruppens sammensætning.

Samlet set er billedet altså det samme som for beskæftigelse: det er vigtigt at korrigere for rammevilkår på individniveau, fordi det betyder noget for rangeringen af de største kommuner, og

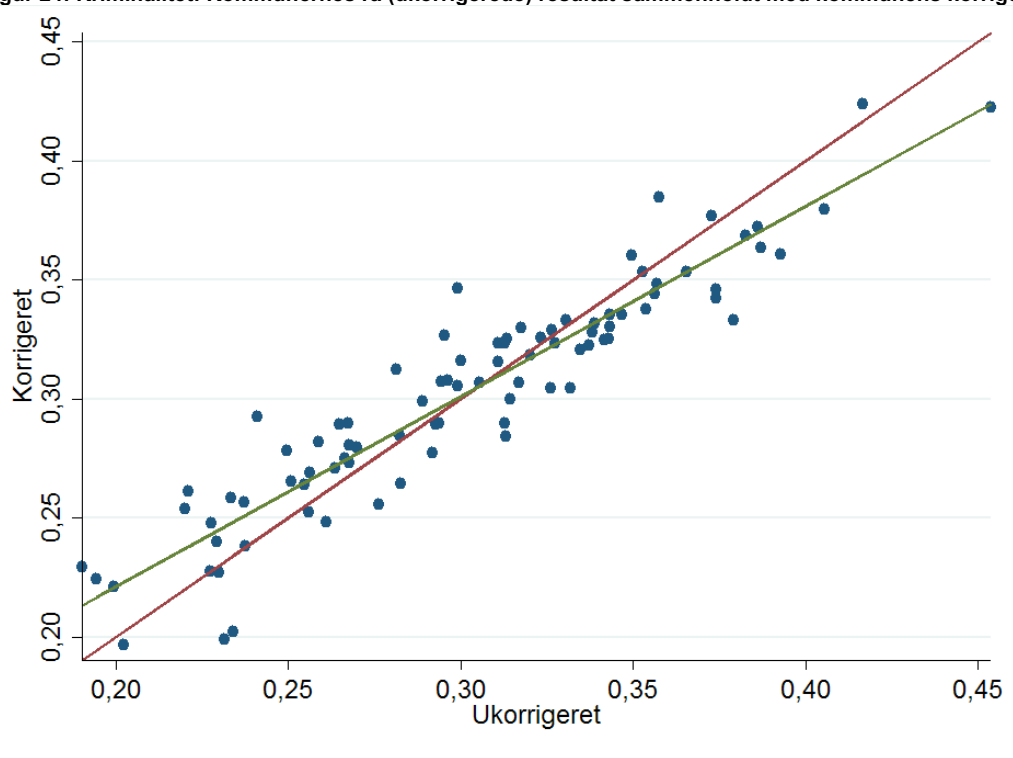
fordi det mindsker variationen (spændet) mellem de højest og lavest rangerede kommuner, hvilket igen betyder, at man risikerer at overvurdere kommunernes potentialer for forbedringer i forhold til at få personer med stofmisbrug i uddannelse, hvis der ikke korrigeres for rammevilkår på individniveau.

### Kriminalitet

For resultatmålet kriminalitet er der ikke så store forskelle på de ukorrigerede og korrigerede resultatmål som der er for beskæftigelse og uddannelse:

Der er dog stadig den samme tendens til, at det at korrigere for individuelle rammevilkår reducerer variationen mellem de højere og lavere rangerede kommuner, selvom størrelsen af denne tendens er mindre end for beskæftigelse og uddannelse, hvilket ses af Figur 24.

Figur 24: Kriminalitet: Kommunernes rå (ukorrigerede) resultat sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Sluttelig ser vi på, hvordan rangeringen skifter for de fem højest rangerede kommuner, samt for de fem største kommuner, når der tages højde for rammevilkår på individniveau:

**Tabel 39: Kriminalitet: Ændringer i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret	Rangering ukorrigeret	Gruppering korrigeret	Rangering korrigeret	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Frederiksberg	1	1	1	2	-1
Rudersdal	1	2	1	1	1
Ringsted	1	3	1	4	-1
Odder	1	4	1	9	-5
Syddjurs	1	5	1	8	-3
<b>De fem største kommuner</b>					
København	7	64	6	56	8
Århus	5	43	4	44	3
Aalborg	6	51	6	54	-3
Odense	1	9	2	17	-8
Esbjerg	1	4	1	9	-5

Billedet er igen, at ingen af de fem højest rangerede kommuner skifter meget i rangeringen, dog er skiftene en smule større end for beskæftigelse og uddannelse, og fire af de fem kommuner rykker nedad i rangeringen (mellem 1 og 9 pladser), mens kun én rykker opad. Men ingen af dem rykker ud af gruppe 1.

For de fem største kommuner er billedet ikke så markant som for beskæftigelse og uddannelse: ingen af de fem største kommuner oplever større skift i rangeringen; København og Århus rykker lidt opad når der tages højde for deres målgruppers individkarakteristika, og de andre tre kommuner rykker lidt nedad, men ingen af ændringerne skifter dem mere end én gruppe op eller ned. Det ser derfor ud til, at målgruppens individkarakteristika ikke har helt så stor betydning for, om der begås mere kriminalitet efter stofmisbrugsbehandling i de største kommuner, som den havde for beskæftigelse og uddannelse i de største kommuner.

### 6.5.2 Resultater fra benchmarkinganalysen (DEA)

I DEA-analysen beregnes den maksimalt opnåelige værdi (*bedste praksis-værdien*) af de enkelte resultatmål, fx af andelen der er i beskæftigelse. Denne værdi vil blandt andet afhænge af, hvor den enkelte kommune i udgangspunktet er placeret på alle de tre resultatmål. Potentialet for bedre

resultater for den enkelte kommune er forskellen mellem resultatmålets udgangspunkt og denne maksimale *bedste praksis*-værdi. DEA-analysen benytter hele vejen igennem de korrigerede resultatmål. Det vil sige, at sammenligningerne mellem kommunernes resultater i udgangspunktet regner ud fra den landsgennemsnitlige borgersammensætning i de forskellige kommuner, se også Kapitel 2.

I DEA analysen beregnes to typer af potentialer for forbedring: 1) Ét, hvor ét resultatmål forbedres mens de to andre ikke forværres (de såkaldte retningsbestemte potentialer) og 2) ét, hvor alle resultatmål forbedres på en gang (proportionale potentialer). I benchmarkingværktøjet kan den enkelte kommune, se på tal for begge typer af forbedringer. Det er selvsagt sværere at opnå forbedringer, når *alle* resultatmål skal forbedres på én gang. Potentialerne vil derfor altid være lavere for 2) end for 1).

Nedenfor præsenteres resultatet af DEA-analysen, når alle mål forbedres på én gang. Da vores analyse ikke medtager ressourceforbrug, er det vigtigt at holde sig for øje, at tallene ikke siger noget om, hvorvidt det er muligt at opnå forbedringer på alle resultatmål samtidigt uden at bruge ekstra ressourcer. Tabel 40 viser de gennemsnitlige potentialer for forbedringer i niveau for beskæftigelse, uddannelse samt en reduktion i kriminalitet.

**Tabel 40: Gennemsnitlig afstand fra aktuel værdi til bedste praksis-måltal ved at forbedre alle resultatmål samtidigt**

<b>Personer med stofmisbrug</b>	
Beskæftigelse	2,6
Uddannelse	1,9
Kriminalitet	8,1

Note. Forbedringspotentialerne er beregnet som hvor meget, den aktuelle værdi skal forøges med, for at opnå *bedste praksis*-måltallene

Tabellen viser, at kommunerne i gennemsnit kan øge andelen, der kommer i beskæftigelse med 2,6 pct.point ved at gå fra aktuelt niveau til *bedste praksis*. Med andre ord betyder det, at for hver gang der er 100 personer med kan man i gennemsnit få ca. 2-3 ekstra i arbejde, i tilgift til den del,

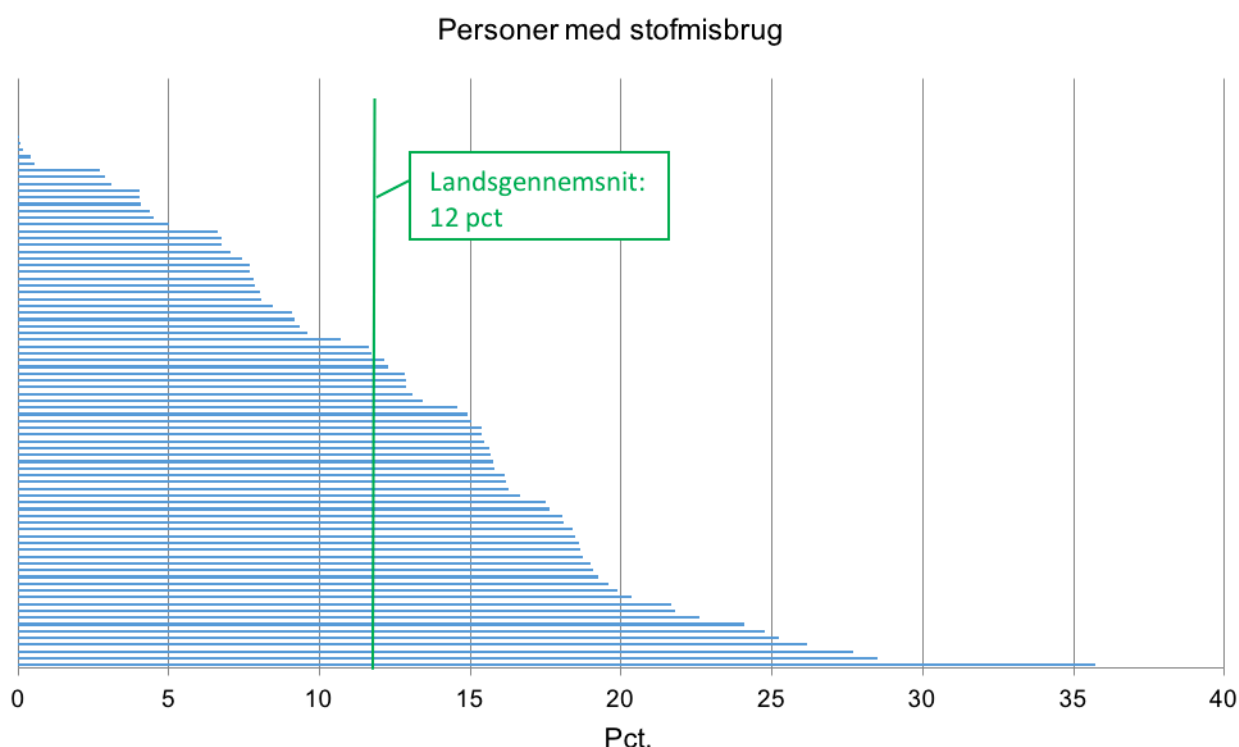


der allerede i dag er det. Potentialet for forbedring af andelen i uddannelse er på nogenlunde samme niveau. Omvendt er potentialet for forbedring af kriminalitet (dvs. en reduktion) næsten tre gange så høj som for beskæftigelse. Her skal man huske, at udgangsniveauerne for de tre resultatmål er forskellige. Niveauet for beskæftigelse var på 23 pct., for uddannelse 18 pct., og for kriminalitet var den knap 70 pct. På denne måde er de relative forbedringspotentialer ens for alle resultatmål. Dette forklares nedenfor.

Bemærk, at de 2,6 pct. point. er et landsgennemsnit, dvs. at tallene vil være forskellige fra kommune til kommune, hvor nogle kommuner har højere potentialer og andre har lavere.

Man kan også måle potentialet for forbedring relativt til udgangsniveauet (i pct.). Et potentiale for forbedring på 8 pct. betyder således, at man kan få 8 pct. bedre resultater end man har nu, hvis man lykkes med at adoptere *bedste praksis*. Fordelen ved dette er, at dette mål i scenariet, hvor alle resultatmål forbedres på én gang, ikke afhænger af hvilket resultatmål, der undersøges.

Figur 25 Forbedringspotentiale for personer med stofmisbrug på tværs af kommuner



Figur 25 viser de procentvise potentialer for forbedring, de enkelte kommuner kan opnå i forhold til det aktuelle niveau. Mange kommuner har potentialer på under 5 pct. af deres nuværende niveau,

og de allerfleste har potentialer under 25 pct. Landsgennemsnittet er på 12 pct. Hvis man skal sammenligne disse potentialer på tværs af kommunerne, skal man huske at tage kommunernes nuværende niveauer med i betragtning. Når man måler i pct. og rangerer kommunerne efter dette mål for potentialet, betyder det nemlig, at hvis der er to kommuner, som har samme potentiale i niveau, så vil den med det laveste udgangspunkt ligge bedst i rangeringen. Så hvis to kommuner kan forbedre sig 2 pct. point på beskæftigelse, og den ene kommune i udgangspunktet har 60 pct. og den anden 70 pct., der kommer i beskæftigelse, vil det relative potentiale for forbedring være størst for kommunen der har 60 pct. i beskæftigelse i udgangspunktet.

# 7 Unge i behandling for psykiske problemer

## 7.1 Kommunens opgaver for målgruppen

Kommunens opgaver overfor unge i behandling for psykiske problemer skal findes både i lov om social service (serviceloven) og sundhedsloven. I henhold til sundhedslovens § 120 skal kommunerne skal blandt andet sikre unge en god opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse, og kommunalbestyrelsen skal derudover etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne efter sundhedsloven § 119.. Her skelnes mellem borgerrettet og patientrettet forebyggelse, hvor borgerrettet forebyggelse er den generelle indsats for at modvirke at sygdomme og ulykker opstår, mens patientrettet forebyggelse skal modvirke, at sygdomme forværres hos dem, der allerede har en kronisk sygdom e.l. Kommunen får efter sundhedsloven § 119 ansvar for den del af patientrettet forebyggelse, der finder sted, når patienten ikke er i behandling på sygehus eller hos den praktiserende læge. Indsatserne i kommunerne for unge med diagnoseret nedsat psykisk funktionsevne, er hovedsageligt reguleret efter serviceloven, men er ikke lige så nem at afgrænse som for voksne. Dette skyldes, at man her ser på den unges situation i familien, hvor psykiske vanskeligheder kun udgør en del af problemerne. Lovene dækker derfor unge med særlige behov, herunder unge med nedsat psykisk funktionsevne.

Kommunen har også forpligtelser overfor målgruppen i henhold til serviceloven. Ifølge servicelovens § 11 skal kommunerne tilbyde gratis rådgivning, undersøgelse og behandling af unge med bl.a. nedsat psykisk funktionsevne, og i forhold til unge under 18 skal dette være i samarbejde med familien. Der skal også tilbydes andre indsatser, som for eksempel rådgivning om familieplanlægning, konsulentbistand og samtalegrupper. Kommunen skal, inden for 3 måneder efter at funktionsnedsættelsen er blevet kendt, tilbyde vejledning for familier med unge, der er

blevet diagnosticeret med varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Økonomisk støtte kan tilbydes til forældremyndighedsindehaver, hvis der er behov for dette. Der kan også tilbydes støtte til udgifter relateret til fritidsaktiviteter til unge, der har særlige behov.

Derudover kan kommunen iværksætte yderligere foranstaltninger (hvis der ses behov for dette (serviceloven § 50)), efter serviceloven § 52. Disse foranstaltninger kan have meget forskelligartet karakter og eksempelvis være ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub el.lign.<sup>39</sup> Endvidere kan der også tilbydes praktisk pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, samt familiebehandling eller behandling af den unges problemer i hjemmet. Kommunen kan udpege en fast kontaktperson for den unge eller for hele familien eller formidle et praktiktilbud for den unge. Eventuel anden hjælp, der har til formål at rådgive, behandle eller yde praktisk og pædagogisk støtte, kan også tilbydes. Der kan også tilbydes økonomisk støtte til udgifter i forbindelse med de overnævnte foranstaltninger, hvis det anses som nødvendigt jf. serviceloven § 52a. Hvis der er risiko for, at den unges udvikling er i fare, som følge af den unge eller forældremyndighedsindehavers adfærd, skal der meddeles unge- eller forældreoplysning, efter §§ 57 a og 57 b i Serviceloven, med konkrete handleplaner for vedrørende.

## 7.2 Definition og beskrivelse af målgruppen

I dette afsnit defineres målgruppen, og udvælgelsen af analysepopulationen beskrives i detaljer. Analysepopulationen er den del af målgruppen, vi ender med at gennemføre analysen på. Afsnittet afsluttes med en kort beskrivelse af analysepopulationen, herunder særligt fordelingen af antallet af personer over kommunerne.

### Definition af målgruppen

Målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer er defineret som unge, der på et eller andet tidspunkt i deres liv, fra de er 0 til 15 år gamle, har haft kontakt med den psykiatriske del af

---

<sup>39</sup> Den største udgift er til anbringelse, men allerede anbragte børn og unge er ikke en del af målgruppen, og dette er derfor ikke medtaget.

sundhedsvæsenet. Idet udgangspunktet for udvælgelse af målgrupper er, hvad der kan observeres i registerdata, og idet kontakter med den psykiatriske del af sundhedsvæsenet er det, vi kan se i registerdata, defineres målgruppen altså ud fra sådanne kontakter med sundhedsvæsenet. Dette er enten i form af diagnoser i den psykiatriske del af Landspatientregisteret (ambulante kontakter med eller indlæggelse på børnepsykiatriske afdelinger på et sygehus) eller fra Sygesikringsregisteret (kontakt til enten psykolog eller psykiater i den almene praksissektor, som er helt eller delvist betalt af den offentlige sygesikring), samt ud fra forbrug af psykofarmaka i Lægemedeldatabasen. Denne definition af målgruppen betyder, at unge som har psykiske problemer, men som ikke har været i kontakt med sundhedsvæsenet for behandling af disse ikke er inkluderet i målgruppen. Det betyder blandt andet, at mildere psykiske vanskeligheder formentligt ikke fanges i ved denne definition.

Den initiale population af unge med psykiske problemer består af unge fra de tre fødselsårgange/kohorter 1994-1996, der havde bopæl i Danmark i deres første leveår samt i perioden 2010-2013. De er definerede som havende psykiske problemer, hvis de i perioden fra fødsel til og med 2012 enten har afhentet mindst to recepter på psykofarmaka, og/eller har haft mindst to kontakter med børnepsykolog og/eller børnepsykiater og/eller har haft kontakt til et børnepsykiatrisk hospital.

Vi inkluderer unge, der opfylder ovenstående kriterier op til de er 16 år. Grunden til dette er, at vi ønsker en gruppe, der er defineret som sårbare et stykke tid inden, at vi laver sammenligningen af denne gruppe mellem kommuner. På denne måde udelades unge med nyligt opståede problemer fra analysen. Da formålet med denne analyse er at undersøge, hvor godt de unge klarer sig (målt på forskellige resultatmål, som defineres senere) i de forskellige kommuner, er det nødvendigt at pålægge nogle ekstra restriktioner på populationen, jf. Tabel 41. Individuer, der dør i perioden 2010-2013, medtages således ikke i indeværende analyse. Desuden udelades de unge, der fraflytter deres bopælskommune til enten en anden kommune eller udlandet i perioden 2010-2013. Grunden til dette er, at det ellers er uklart, hvilken kommune den unge skal henføres til i analysen. Dette betyder, at unge, der flytter hjemmefra til en anden kommune udelades af analysen. Dette

kan potentielt betyde, at unge, der er opvokset i mindre kommuner, som geografisk ligger langt fra større kommuner med uddannelsesinstitutioner, vil have højere sandsynlighed for at flytte hjemmefra i forbindelse med start på en ungdomsuddannelse. Dette kan derfor muligvis give et skævt billede af, hvor succesfulde disse mindre kommuner er med hensyn til at få gruppen af unge i gang med en ungdomsuddannelse, idet vi potentielt udelader succesfulde unge af analysen. Sluttelig udelades kommuner med mindre end 30 personer i analysepopulationen i perioden 2010-12. Det er kommunerne Samsø, Fanø, Læsø og Ærø. Alt i alt består analysepopulationen af 17.788 unge og dækker over 94 kommuner.

Det har været en overvejelse at udelade unge, der udover de psykiske problemer, har fysiske handicap for derved at afgrænse målgruppen mere præcist og undersøge unge med psykiske vanskeligheder i detaljer. Dette er dog ikke muligt, da der ikke findes oplysninger om dette i registerdata.

**Tabel 41: Udvalgelse af analysepopulation**

Beskrivelse	Antal
Antal i initialpopulationen	31.388
Dør 2010-13	153
Flytter/udvandrer i 2010-2013	5.231
For små kommuner	70
Psykiske problemer efter fyldt de er 15 år	8.134
Manglende registerdata	12
<b>Analysepopulation</b>	<b>17.788</b>

Fordelingen af antallet af personer i analysepopulationen i hver kommune kan ses af Tabel 73 i bilag 4.1.

Tabel 42 opsummerer denne information og viser, hvor mange kommuner, der har mere end 50 hhv. 100 unge i målgruppen.

**Tabel 42: Antal individer i kommunerne**

Antal individer	Antal kommuner
>0	97*
>30	<b>94**</b>
>50	90
>100	78

\*\*Kommuner udeladt er: Samsø, Fanø, Læsø og Ærø

Vi ser, at langt de fleste kommuner har mere end 50 observationer (90 kommuner), og ligeledes at 78 kommuner har mere end 100 observationer. København, Aarhus, Odense, Aalborg og Esbjerg er kommunerne med de fem største byer i Danmark. Dette afspejles i, at det også er de kommuner, hvor der bor flest unge med psykiske problemer.

### 7.3 Beskrivelse af analysepopulationen

Analysepopulationen består som sagt af en delmængde af unge fra de tre fødselsårsgange 1994-1996. De unge fra de tre fødselsårsgange er i aldrene 16-19 år, 15-18 år og 14-17 år i perioden 2010-2013, jf. Tabel 43.

**Tabel 43: Fødselsårgangenes alder i 2010-2013**

Årgang\År	2010	2011	2012	2013
1994	16 år	17 år	18 år	19 år
1995	15 år	16 år	17 år	18 år
1996	14 år	15 år	16 år	17 år

Andelen af unge med psykiske problemer i analysepopulationen udgør i gennemsnit ca. 8,2 pct. af fødselsårgangene 1994-1996. Tabel 44 nedenfor viser fordelingen af personer i analysepopulationen på fødselsårgangene, samt fødselsårgangenes totale størrelse:

**Tabel 44: Andel af samlede fødselsårgang, der er i analysepopulationen**

Fødselsårgang	1996	1995	1994	I alt
Analysepopulation	6.305	6.151	5.332	17.788
Hele fødselsårgangen	70.278	72.834	73.491	216.603
Andel i pct.	8,87	8,45	7,26	8,21

**Kilde:** Statistikbanken, Danmarks Statistik, FOLK1A, befolkning 16 år, 17 år og 18 år i 2013K1 og egne beregninger baseret på registerdata fra Danmarks Statistik.

Andelen er mindre for den ældste fødselsårgang. En forklaring på dette kan være, at flere fra målgruppen fra den ældste årgang flytter hjemmefra til en anden bopælskommune og dermed udelades af analysepopulationen end fra de andre to årgange i målgruppen. Den ældste årgang er 19 år i begyndelsen af 2013, jf. Tabel 43.

Målgruppen af unge med psykiske problemer identificeres som beskrevet ovenfor på baggrund af tre forskellige datakilder:

- Lægemedeldatabasen (LMDB)
- Landspatientregisteret (LPR\_Psyk)
- Sygesikringsregisteret (SSSY)

Bemærk, at en person sagtens kan være identificeret i mere end en af de tre datakilder. Det kan eksempelvis være tilfældet, at en person både er identificeret via Lægemedeldatabasen og Landspatientregisteret. Af Tabel 45 fremgår det, at 70 pct. af populationen identificeres via én enkelt datakilde. 26,7 pct. af populationen identificeres via to datakilder, mens blot 3,3 pct. af populationen identificeres via alle tre datakilder. Det ses også, at den største del af populationen har været i kontakt med børnepsykiatrien i form af en børnepsykiatrisk afdeling på et hospital.



**Tabel 45: Datakilder til identifikation af de unge med psykiske problemer**

<b>Datakilde</b>	<b>Antal</b>	<b>Pct.</b>
Udelukkende identificeret i LPRPSYK	6.543	36,8
Udelukkende identificeret i LMDB	3.048	17,1
Udelukkende identificeret i SSSY	2.867	16,1
Identificeret i både LPRPSYK og LMDB	3.578	20,1
Identificeret i både LMDB og SSSY	723	4,1
Identificeret i både LPRPSYK og SSSY	439	2,5
Identificeret i samtlige datakilder LPRPSYK, LMDB, SSSY	590	3,3
<b>Total</b>	<b>17.788</b>	<b>100</b>

#### 7.4 Definition og beskrivelse af resultatmål

For gruppen af unge med psykiske problemer defineres tre resultatmål, som alle er mål for de unges uddannelsesniveau i årene umiddelbart efter de er fyldt 16 år. Vi fokuserer på uddannelse, for det første fordi uddannelse har stor betydning for den unges fremtidsmuligheder på arbejdsmarkedet og for det andet fordi uddannelse kan observeres i registerdata. Følgende resultatmål indgår i benchmarkinganalysen for unge i behandling for psykiske problemer:

- Mindst 2 ved folkeskolens afgangseksamen i dansk
- Mindst 2 ved folkeskolens afgangseksamen i matematik
- I gang med/færdiggjort en (ungdoms)uddannelse

Ungdomsuddannelse defineres ud fra det komprimerede elevregister (KOTO), og de to andre resultatmål defineres ud fra registeret over folkeskolekarakterer (UDFK). Se Tabel 74 i bilag 4.2 for præcise variabeldefinitioner.

En forholdsvis stor andel har ikke taget folkeskolens afgangsprøve og findes derfor ikke i registeret over folkeskolekarakterer. Disse unge opfylder således ikke kriterierne ift. til opnå mindst 2 i henholdsvis dansk og matematik. Det betyder, at unge der ikke har opnået mindst karakteren 2 kan have været til afgangsprøve men fået en lavere karakter eller slet ikke have været til afgangseksamen. Vi finder, at 16,4 pct. ud af de 17.788 unge i vores analysepopulation ikke findes i registeret over folkeskolekarakterer (UDFK) og dermed ikke har været til folkeskolens afgangseksamen i mindst et fag. Til sammenligning finder AE-rådet i en analyse, at der er 4-7 pct. af en årgang afhængigt af årgangen, der ikke har afsluttet 9. klasse<sup>40</sup>. Andelen der ikke har afsluttet folkeskolen blandt de unge med psykiske problemer er højere, hvilket ikke er overraskende.

**Tabel 46: Andele af de tre resultatmål for unge i behandling af psykiske problemer**

Resultatmål	Andel	Antal observationer
Ungdomsuddannelse	63,2 pct.	17.788
Mindst 2 i dansk	69,6 pct.	17.788
Mindst 2 i matematik	67,3 pct.	17.788

Tabel 46 Tabel 46 angiver, at ca. 63 pct. af analysepopulationen har påbegyndt eller færdiggjort en ungdomsuddannelse i 2013, mens der er ca. 70 pct., der har fået mindst 2 i dansk i folkeskolen og ca. 67 pct., der har fået mindst 2 i matematik i folkeskolen.

Man vil forvente, at der er en stærk sammenhæng mellem, hvorvidt man har bestået folkeskolen med karakterer på mindst 2 i dansk og matematik og om man går i gang med en ungdomsuddannelse. Af nedenstående tabel ses, at dette ganske rigtigt er tilfældet. Bemærk, at række-procenterne er angivet i parentes.

<sup>40</sup> AE-rådets analyse "Mange unge har ikke afsluttet folkeskolen" marts 2013.

Tabel 47: Sammenhænge mellem resultatmålene

<b>Mindst 2 i matematik</b>				
		Ikke opnået	Opnået	Total
<b>Mindst 2 i dansk</b>	Ikke opnået	4.692 (86,8)	713 (13,2)	5.405 (100)
	Opnået	1.128 (9,11)	11.255 (90,9)	12.383 (100)
<b>Ungdomsuddannelse</b>				
<b>Mindst 2 i dansk</b>	Ikke opnået	3.204 (59,3)	2.201 (40,7)	5.405 (100)
	Opnået	3.335 (26,9)	9.048 (73,1)	12.383 (100)

Af Tabel 47 ses det, at blandt de unge, der ikke har opnået mindst 2 i dansk er der 13 pct. der har opnået mindst 2 i matematik. Det tilsvarende tal for unge der har opnået mindst 2 i dansk er der derimod 91 pct. Der er altså en meget stærk sammenhæng mellem de to resultatmål. Der er ligeledes en stærk sammenhæng mellem resultatet "mindst 2 i dansk" og det at være i gang med eller have færdiggjort en ungdomsuddannelse. Her er tallene henholdsvis 41 pct. og 73 pct. for dem, der henholdsvis ikke opnåede og opnåede mindst 2 i dansk. Dette ikke overraskende, og en lignende sammenhæng er fundet i AE-rådets analyse "Mange unge har ikke afsluttet folkeskolen" marts 2013.

## 7.5 Rammevilkår på individniveau

For unge med psykiske problemer inkluderes en række variable, der afspejler kommunernes rammevilkår på individniveau og som formodes at kunne påvirke udfaldet af resultatmålene. Dvs. person-specifikke baggrundskarakteristika, der forventes at kunne forklare forskelle i resultatmålene og dermed en del af eventuelle forskelle mellem de enkelte kommuner. For denne målgruppe drejer det sig hovedsageligt om forældrenes baggrund, herunder forældrenes alder ved barnets fødsel, deres uddannelse, indkomst, arbejdsmarkedsstatus, hvorvidt forældrene bor

sammen ved barnets fødsels, om moderen har (haft) psykiske problemer<sup>41</sup> samt hvorvidt faderen er kriminel. For de fleste variable baseres oplysningerne på det år, hvor barnet fylder 16 år. De unges familiemæssige baggrund forventes at have stor betydning for, hvordan de unge klarer sig målt på de tre mål for uddannelse. Desuden indgår datakilden, der har været anvendt til identifikationen af de unge med psykiske problemer som en forklarende variabel. Disse variable optræder som et mål for sværhedsgraden af den unges psykiske problemer. Eksempelvis vil man forvente, at en ung der har været igennem en behandling på en børnepsykiatrisk afdeling på et hospital har sværere psykiske problemer end en ung, der har været i psykologbehandling i den almene praksissektor.

Tabel 48 viser beskrivende statistik for de baggrundsvariable, der inkluderes i analysen. Vi ser, at der er en overvægt af drenge og langt hovedparten (83 pct.) bor sammen med begge forældre ved fødslen. Desuden vises begge forældres fordeling på uddannelse, alder ved barnets fødsel og arbejdsmarkedsstatus. Derudover vises forskellige variable, der beskriver dele af moderens kontakter med sundhedsvæsenet vedrørende egne psykiske helbredsproblemer. I analysen indgår også en variabel, der angiver om faderen har fået en fængselsdom.

---

<sup>41</sup> Målt ved, om hun har været registreret enten i Landspatientregisteret med en psykiatrisk kontakt og/eller i Lægemedeldatabasen for psykofarmaka.

Tabel 48: Fordeling af analysepopulation på baggrundskarakteristika

Variabel	Andel
Dreng	58,3pct
Bor med mor og far, 0 år	82,8 pct
Mor udd: Grundskole	22,0 pct
Mor udd: Gymnasial	5,2 pct
Mor udd: Erhvervsfaglig	40,0 pct
Mor udd: Videregående	30,8 pct
Mor udd: Mangler info	2,1 pct
Mor -20 år barns fødsel	3,6 pct
Mor 21-25 år barns fødsel	20,5 pct
Mor 26-30 år barns fødsel	38,9 pct
Mor 31- år barns fødsel	37,0 pct
Mor mindst 1 recpt LMDB	31,8 pct
Mor disp. indkomst -150 1000-2015-kr	9,1 pct
Mor disp. indkomst 150-200 1000-2015-kr	19,1 pct
Mor disp. indkomst 200-250 1000-2015-kr	27,5 pct
Mor disp. indkomst 250-300 1000-2015-kr	22,1 pct
Mor disp. indkomst 300- 1000-2015-kr	20,9 pct
Mor disp. Indkomst: mangler info	1,5 pct
Mor psykolog kontakt, SSSY	9,6 pct
Mor ikke i beskæftigelse	21,5 pct
Mor arb. status: mangler info	1,7 pct
Mor 1 år kontakt LPRPSYK	11,9 pct
Mor mindst 2 år kontakt LPRPSYK	4,4 pct
Far udd: Grundskole	21,7 pct
Far udd: Gymnasial	3,9 pct
Far udd: Erhvervsfaglig	38,6 pct
Far udd: Videregående	21,5 pct
Far udd: Mangler info	14,4 pct
Far -20 år barns fødsel	0,7 pct
Far 21-25 år barns fødsel	10,0 pct
Far 26-30 år barns fødsel	29,9 pct
Far 31- år barns fødsel	50,4 pct
Far alder: mangler info	08,9 pct
Far disp. indkomst -150 1000-2015-kr	13,2 pct
Far disp. indkomst 150-200 1000-2015-kr	12,4 pct
Far disp. indkomst 200-250 1000-2015-kr	16,9 pct
Far disp. indkomst 250-300 1000-2015-kr	16,1 pct
Far disp. indkomst 300- 1000-2015-kr	29,1 pct
Far disp. Indkomst: mangler info	12,3 pct
Far ikke i beskæftigelse	13,6 pct
Far arb. status: mangler info	13,6 pct
Far mindst en fængselsdom	03,9 pct

## 7.6 Resultater

I dette afsnit gennemgås resultaterne fra den lineære sandsynlighedsmodel, og der konkluderes på, hvorvidt man bør man korrigere for kommunernes rammevilkår på individniveau.

### 7.6.1 Hvad er betydningen af de individuelle rammevilkår?

Det første spørgsmål er, om de individuelle baggrundskarakteristika forklarer noget af variationen i resultatmålene? Og om regressionsresultaterne i øvrigt ser fornuftige ud: Er variablene statistisk signifikante og er fortegnene, som man ville forvente? Det næste spørgsmål er, hvad det betyder for variationen i niveauerne af resultatmålene - og dermed for potentialerne for bedre resultater for den enkelte kommune, når denne sammenlignes med de kommuner, der klarer det bedre? Og det tredje spørgsmål er, om det at korrigere for individuelle baggrundskarakteristika betyder noget for rangeringen af kommunerne på de enkelte resultatmål? Betyder det fx at de højest rangerede kommuner ikke længere er de højest rangerede (på de enkelte resultatmål), når der korrigeres for individuelle rammevilkår? Disse tre spørgsmål ser vi på nu ét efter ét.

Regressionsresultaterne (de estimerede koefficienter og tilhørende standardfejl) fra den lineære sandsynlighedsmodel er samlet i Tabel 76 i bilag 4.3, og de korrigerede resultatmål er afbildet med deres konfidensintervaller i Figur 39 - Figur 41, ligeledes i bilag 4.3.

Det første man ser af tabellerne med regressionsresultaterne er, at langt de fleste af de inkluderede baggrundsvariable er statistisk signifikante, og at dette gælder for alle tre resultatmål. Det næste, vi undersøger, er, hvor meget af variationen i resultatmålene på tværs af individerne i målgruppen der samlet set er forklaret af målgruppens baggrundskarakteristika. Forklaringsgraden i de statistiske modeller er angivet i Tabel 49. Her sammenlignes forklaringsgraden, når der udelukkende medtages kommune-dummies for den unges bopælskommune med forklaringsgraden, når der derudover kontrolleres for alle individ-specifikke variable. Tabellen viser, at forklaringsgraden er lille i modellen, der udelukkende indeholder kommune-dummies (denne ligger på 1 pct.), men at forklaringsgraden stiger, når de øvrige individspecifikke karakteristika medtages i modellen. Eksempelvis ses det, at forklaringsgraden for modellen, der angiver, om den unge går i gang med eller færdiggør en ungdomsuddannelse eller ej, øges fra ca. 1 procent til ca. 12 pct., når de individspecifikke karakteristika inkluderes.

Tabel 49: Andel variation i resultatmålet forklaret af modellen (i pct.)

Resultatmål	Ungdomsuddannelse	Mindst 2 i dansk	Mindst 2 i matematik
Individuelle rammevilkår og tidseffekter	12	15	13
Kommune-specifikke effekter	1	1	1

I forhold til betydningen af de enkelte baggrundsvariable finder vi, at drenge klarer sig dårligere end piger. Desuden viser analyserne, at børn der bor med begge forældre i deres første leveår klarer sig bedre end børn, der ikke gør. En forklaring på dette er, at denne variabel kan fange noget underliggende omkring forældreevne og stabilitet i familien. Desuden har forældrenes baggrund når barnet er 16 år stor betydning. Det gælder ift. uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedsstatus. Desuden klarer børn af forældre, der bliver forældre som meget unge, sig dårligere. Moderens psykiske helbred viser sig også at have betydning, det samme er tilfældet for, hvis faderen har en fængselsdom. Endelig viser resultaterne, at kilden til identifikation af den unge, det vil sige typen af kontakt til sundhedsvæsenet, har stor betydning for resultatmålene. Disse variable skal som tidligere beskrevet fange sværhedsgraden af den psykiske sygdom. Vi ser, at særligt kontakt med et psykiatrisk hospital har en stor negativ betydning for alle resultatmålene sammenlignet med referencegruppen som har kontakt via praksissektoren. Dette er også, hvad vi vil forvente.

Det skal bemærkes, at eftersom der er forholdsvis mange kommuner med et lavt antal personer i analysepopulationen, vil der være en del usikkerhed på både de ukorrigerede (altså modellen kun med kommune-dummies) og de korrigerede (modellen med de individspecifikke karakteristika) resultatmål.

Derudover bør man ift. de korrigerede resultatmål holde sig for øje, at der kan være faktorer som ikke kan findes i registerdata, og der dermed ikke kan kontrolleres for, og som har betydning for resultatmålene. Dette understreges af, at en stor del af variationen i resultatmålene er u-forklaret (mellem ca. 88 og 85 pct.). Et eksempel kan være en mere udefinerbar faktor som forældreevne,

som vil have betydning for hvor godt børnene trives og klarer sig i skolen. Forældreevne kan ikke umiddelbart måles i registerdata.

Det næste, vi undersøger er det andet og det tredje spørgsmål: Hvor stor en forskel gør det i forhold til variationen i niveauerne af resultatmålene over kommunerne, samt i forhold til kommunernes rangering at korrigere for individuelle rammevilkår?

For at besvare dette spørgsmål, sammenligner vi de ukorrigerede resultatmål med de korrigerede. De ukorrigerede resultatmål angiver for hver kommune den observerede andel, udelukkende rensset for fødselsårgang. Hvis resultatmålet fx er ungdomsuddannelse, viser det ukorrigerede resultatmål for kommune  $k$  andelen af personer i målgruppen, der har gennemført en ungdomsuddannelse i kommune  $k$ , mens det korrigerede resultatmål angiver andelen af personer i målgruppen i kommune  $k$ , der ville være have gennemført en ungdomsuddannelse, hvis kommune  $k$  havde en målgruppesammensætning magen til den landsgennemsnitlige målgruppesammensætning.<sup>42</sup> Dvs., at fortolkningen af forskellen mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål for en kommune, er den samlede betydning for resultatmålet af borgersammensætningen i kommunen sammenlignet med den landsgennemsnitlige borgersammensætning. Når det korrigerede resultatmål er højere i niveau end det ukorrigerede, har kommunen en sammensætning af borgere i målgruppen, der alt i alt er *dårligere* for resultatmålet, end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige sammensætning af borgere i målgruppen. Hvis omvendt det korrigerede resultatmål er lavere i niveau end det ukorrigerede, har kommunen en sammensætning af borgere i målgruppen, der alt i alt er *bedre* for resultatmålet, end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige sammensætning af borgere i målgruppen. Hvis det ukorrigerede og korrigerede resultatmål for en bestemt kommune ligger meget tæt på hinanden, betyder det, at det ikke gør nogen forskel at korrigere for målgruppens baggrundsfaktorer for denne kommune. Hvis de derimod ligger langt fra hinanden, har det stor betydning at korrigere for målgruppens baggrundsfaktorer for denne kommune.

---

<sup>42</sup> Se også metodeafsnittet for formel for udregning af de af modellen predikterede resultatmål.

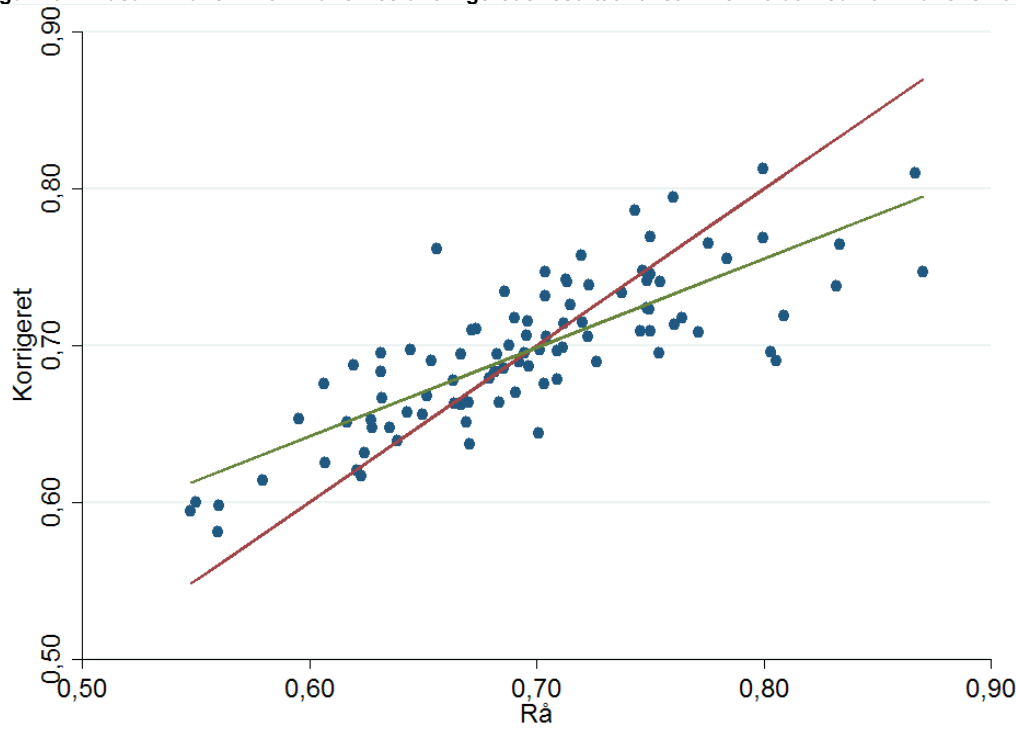


I det følgende undersøger vi forskellene på de ukorrigerede og korrigerede resultatmål for kommunerne for ét resultatmål ad gangen.

### **Mindst 2 i dansk**

Figur 26 afbilder de ukorrigerede resultatmål ud af den vandrette akse og de korrigerede resultatmål for resultatmålet "karakter mindst 2 i dansk". Hvert punkt i figuren repræsenterer én kommunes niveauer af de to værdier for resultatmålet (ukorrigeret, korrigeret). Den røde linje er 45 graders linjen, dvs. hvis et punkt ligger netop på denne linje, er kommunens ukorrigerede resultatmål lig med det korrigerede og for denne kommune gør det ingen forskel at korrigere. Hvis en kommunens punkt ligger langt væk fra 45 graders linjen, gør det derimod en stor forskel at korrigere for denne kommune. Det, som denne graf tillige kan vise, er, om variationen i resultatmålet bliver mindre, når man korrigerer for individuelle rammevilkår: Hvis punkterne til højre i grafen (kommunerne med de højeste ukorrigerede resultatmål) systematisk ligger under 45 graders linjen, mens punkterne til venstre i grafen (kommunerne med de laveste ukorrigerede resultatmål) systematisk ligger over 45 graders linjen, betyder det, at de højest rangerede kommuner får lavere resultatmål, når der korrigeres, mens de lavest rangerede kommuner får højere resultatmål, når der korrigeres. Med andre ord, så bliver variationen mellem de højeste og de laveste kommuner mindre. De højest rangerede kommuner fremstår altså med et lavere niveau og de lavest rangerede med et højere niveau, hvilket mindsker spændet fra højest til lavest. Dette er illustreret ved, at den grønne linje (som er regressionssammenhængen mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål) er fladere end 45 graders linjen.

Figur 26 Mindst 2 i Dansk: Kommunernes ukorrigerede resultatmål sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Vi fokuserer herefter på et udsnit af kommuner for at se, om rangeringen for disse udsnit ændres.

Udsnittene er de 5 højest rangerede kommuner, samt de 5 største kommuner:

Tabel 50: Mindst 2 i dansk: Ændringer i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau

	Gruppering ukorrigeret	Rangering ukorrigeret	Gruppering korrigeret	Rangering korrigeret	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Gentofte	1	1	2	13	-12
Frederiksberg	1	2	1	2	0
Vallensbæk	1	3	1	8	-5
Lyngby-Taarbæk	1	4	3	21	-17
Allerød	1	5	3	28	-23
<b>De fem største kommuner</b>					
København	4	31	4	32	-1
Århus	6	51	7	68	-17
Aalborg	6	56	8	71	-15
Odense	3	21	3	27	-6
Esbjerg	6	60	4	35	25

Som man kan se af tabellen, er der for tre af de fem højest rangerede kommuner forholdsvis store skift i rangeringerne, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau: Én kommune rykker ned i

gruppe 2 og to kommuner rykker ned i gruppe 3. Dvs., at disse kommuner har en borgersammensætning af unge i behandling for psykiske problemer, som alt i alt er *bedre* for resultatmålet om at opnå mindst karakteren 2 i dansk, end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige sammensætning af unge med psykiske problemer i målgruppen. For de fem største kommuner er billedet, at der ingen ændring er for København og Odense, som forbliver i henholdsvis gruppe 4 og 3. De andre tre kommuner skifter enten nedad (Århus og Aalborg), eller opad (Esbjerg, som skifter 25 pladser opad i rangeringen fra gruppe 6 til gruppe 4). Generelt har de højest rangerede og de største kommuner altså en borgersammensætning, som alt i alt er *bedre* for resultatmålet, end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige sammensætning af målgruppen, undtagen Esbjerg, for hvem det modsatte er tilfældet. Skiftene i rangering er tillige forholdsvis store for størstedelen af de udvalgte kommuner.

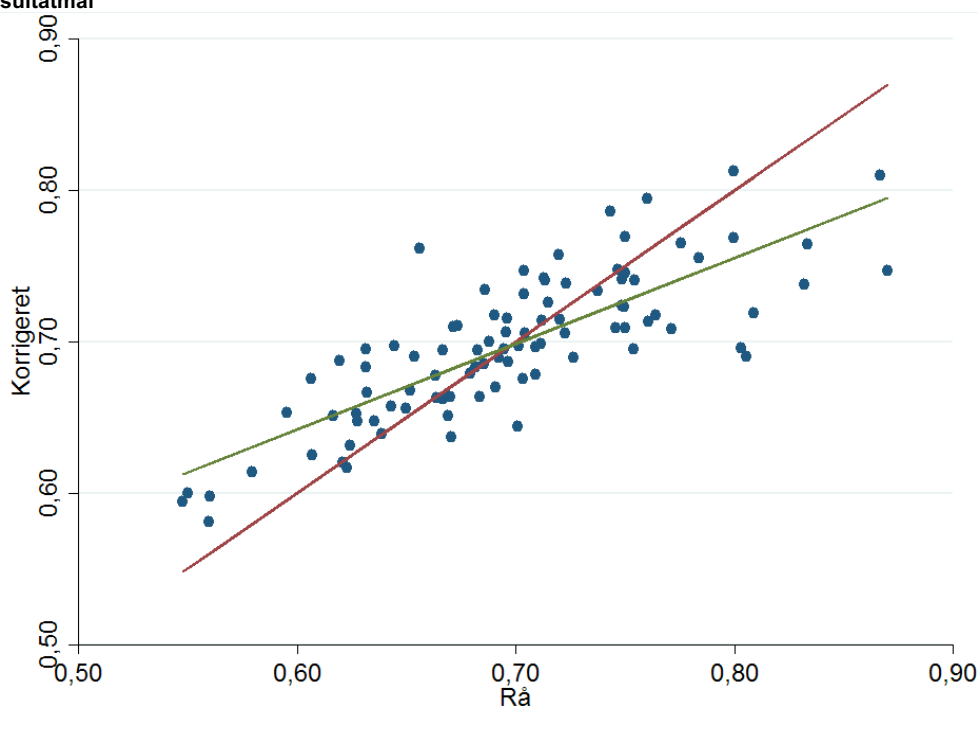
Samlet set finder vi altså for resultatmålet om at opnå karakteren mindst 2 i dansk, at det at korrigere for rammevilkår på individniveau både ændrer rangeringen for tre af de fem højest rangerede kommuner og for tre af de fem største kommuner, samt at det har betydning for niveauerne for resultatmålene for mange kommuner og særligt for højest (lavest) rangerede, som får lavere (højere) resultatmål, når der korrigeres. Denne sidste pointe træder særlig tydeligt frem på grafen med 45 graders linjen. Det sidste mindsker spændet mellem de højest og lavest rangerede, hvilket er vigtigt, fordi afstanden fra en bestemt kommune til de kommuner, der rangerer højere, er bestemmende for kommunens potentiale, jf. idéen bag bedste praksis. Dvs. at jo større spændet er mellem de højest og lavest rangerede kommuner, jo større er potentialerne for bedre resultater. Denne analyse viser derfor, at man risikerer at overvurdere potentialerne for bedre resultater for mange kommuner i forhold til at få karakteren mindst 2 i dansk, hvis man ikke korrigerer for individuelle rammevilkår.

Vi laver nu den samme analyse for resultatmålene mindst 2 i matematik og i gang med/færdiggjort en ungdomsuddannelse, hvor der undervejs henvises til afsnittet om resultatmålet mindst 2 i dansk.

## Mindst 2 i matematik

Figur 27 viser de ukorrigerede resultatmål ud af den vandrette akse og de korrigerede resultatmål op ad den lodrette akse, for resultatmålet ”mindst karakteren 2 i matematik”. Der er en del kommuner, for hvilke der er store forskelle mellem de ukorrigerede og de korrigerede resultatmål, og der er den samme tendens til, at de korrigerede resultatmål for de højest rangerede kommuner ligger til under 45 graders linjen, mens de lavere rangerede kommuner ligger over 45 graders linjen. Dette ses ved, at den grønne linje er meget fladere end 45 graders linjen.

Figur 27: Mindst 2 i matematik: Kommunernes ukorrigerede resultatmål sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål



Som det var tilfældet i det forrige resultatmål, er det også her meget tydeligt, at spændet mellem de højest og lavest rangerede mindskes, når der korrigeres for kommunens individuelle rammevilkår. Dette er som før nævnt vigtigt, fordi afstanden fra en bestemt kommune til de kommuner, der rangerer højere, blandt andet er bestemmende for kommunens afstand til *bedste praksis*. Vi fokuserer herefter på et udsnit af kommuner for at se, om rangeringen for disse udsnit ændres. Udsnittene er de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner:

**Tabel 51: Mindst 2 i matematik: Ændringer i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret	Rangering ukorrigeret	Gruppering korrigeret	Rangering korrigeret	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Lyngby-Taarbæk	1	1	1	5	-4
Allerød	1	2	2	16	-14
Vallensbæk	1	3	1	4	-1
Gentofte	1	4	4	31	-27
Frederiksberg	1	5	1	3	2
<b>De fem største kommuner</b>					
København	6	51	6	54	-3
Århus	6	53	7	70	-17
Aalborg	6	54	7	67	-13
Odense	4	34	6	56	-22
Esbjerg	7	67	5	46	21

Ikke overraskende er det de samme kommuner som ved resultatmålet mindst 2 i dansk, som er de fem højest rangerede, og billedet er meget lig det for karaktererne i dansk: To ud af de fem bedste kommuner rykker nedad i rangeringen, dvs. de har en borgersammensætning, som alt i alt er bedre for resultatmålet end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige borgersammensætning af unge i behandling for psykiske problemer. Det samme er tilfældet for fire af de fem største kommuner, København undtaget, hvor Århus, Odense og Aalborg rykker nedad, mens Esbjerg rykker opad og således har borgersammensætning, som alt i alt er dårligere for resultatmålet end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige borgersammensætning af unge i behandling for psykiske problemer.

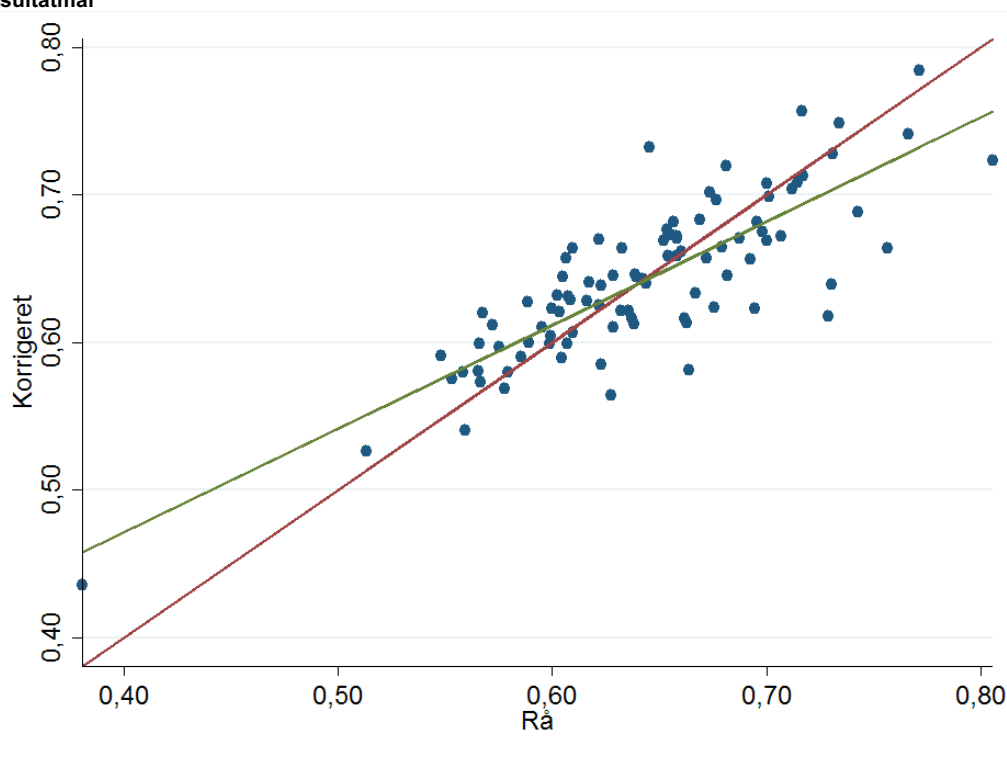
Samlet set er konklusionerne hermed de samme som for resultatmålet vedrørende minimumskaracteren i dansk, dvs. også for minimumskaracteren i matematik risikerer man tydeligt at overvurdere potentialerne for bedre resultater, hvis man ikke korrigerer for rammevilkår på individniveau.

### Ungdomsuddannelse

Ser man på sammenhængen mellem de ukorrigerede og de korrigerede resultatmål for ungdomsuddannelse (Figur 28) ses det, at der også her for en del kommuner er store forskelle

mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål samt, at for de allerhøjest (allerlavest) rangerede kommuner er der den samme tendens til, at de højere (lavere) rangerede falder til under (over) 45 graders linjen, når der korrigeres. Dette er igen illustreret ved, at den grønne linje er fladere end 45 graders linjen.

**Figur 28 Ungdomsuddannelse: Kommunernes ukorrigerede resultatmål sammenholdt med kommunens korrigerede resultatmål**



Vi fokuserer herefter på et udsnit af kommuner for at se, om rangeringen for disse udsnit ændres.

Udsnittene er de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner:

**Tabel 52: Uddannelse: Ændringer i rangeringen for de fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau**

	Gruppering ukorrigeret	Rangering ukorrigeret	Gruppering korrigeret	Rangering korrigeret	Ændring i rangering
<b>De fem højest rangerede</b>					
Dragør	1	1	1	7	-6
Billund	1	2	1	1	1
Lemvig	1	3	1	4	-1
Allerød	1	4	4	31	-27
Hørsholm	1	5	2	16	-11
<b>De fem største kommuner</b>					
København	8	80	9	81	-1
Århus	9	89	9	92	-3
Aalborg	5	50	7	69	-19
Odense	3	22	3	25	-3
Esbjerg	9	83	8	79	4

Det første, vi bemærker, er, at det nu (på nær én) er nogle andre kommuner, der ligger blandt de fem højest rangerede kommuner. Tendensen er imidlertid den samme som for resultatmålene vedrørende karaktererne: Enten forbliver kommunerne i den samme gruppe eller også rykker de nedad i rangeringen, undtagen Esbjerg, som igen rykker opad. Som før nævnt indebærer det, at rykke nedad i rangeringen, at disse kommuners har en borgersammensætning, som alt i alt er bedre for resultatmålet end hvis de havde haft den landsgennemsnitlige borgersammensætning af unge i behandling for psykiske problemer. Samlet set er konklusionerne hermed de samme som for resultatmålene vedrørende minimumskarakterer, dvs. også for minimumskarakteren i matematik risikerer man tydeligt at overvurdere potentialerne for bedre resultater, hvis man ikke korrigerer for rammevilkår på individniveau.

### 7.6.2 Resultater fra benchmarkinganalysen (DEA)

I DEA-analysen beregnes den maksimalt opnåelige værdi (*bedste praksis-værdien*) af de enkelte resultatmål, fx af andelen der starter på eller afslutter en ungdomsuddannelse. Denne værdi vil blandt andet afhænge af, hvor den enkelte kommune i udgangspunktet er placeret på alle de tre resultatmål. Potentialet for bedre resultater for den enkelte kommune er forskellen mellem resultatmålets udgangspunkt og denne maksimale *bedste praksis-værdi*. DEA-analysen benytter

hele vejen igennem de korrigerede resultatmål. Det vil sige, at sammenligningerne mellem kommunernes resultater i udgangspunktet regner ud fra den landsgennemsnitlige borgersammensætning i de forskellige kommuner, se også Kapitel 2

I DEA analysen beregnes to typer af potentialer for forbedring: 1) Ét, hvor ét resultatmål forbedres mens de to andre ikke forværres (de såkaldte retningsbestemte potentialer) og 2) ét, hvor alle resultatmål forbedres på en gang. I benchmarkingværktøjet kan den enkelte kommune, se på tal for begge typer af forbedringer. Det er selvsagt sværere at opnå forbedringer, når *alle* resultatmål skal forbedres på én gang. Potentialerne vil derfor altid være lavere for 2) end for 1).

Nedenfor præsenteres resultatet af DEA-analysen, når alle mål forbedres på én gang. Da vores analyse ikke medtager ressourceforbrug, er det vigtigt at holde sig for øje, at tallene ikke siger noget om, hvorvidt det er muligt at opnå forbedringer på alle resultatmål samtidigt uden at bruge ekstra ressourcer. Tabellen nedenfor viser de gennemsnitlige potentialer for forbedringer i niveau for uddannelse og de to mål for minimumskaraktererne.

**Tabel 53: Gennemsnitlig afstand fra aktuel værdi til *bedste praksis*-måltal ved at forbedre *alle* resultatmål samtidigt**

<b>Unge i behandling for psykiske problemer</b>	
Uddannelse	5,5
Mindst karakteren 2 i dansk	6,1
Mindst karakteren 2 i matematik	5,8

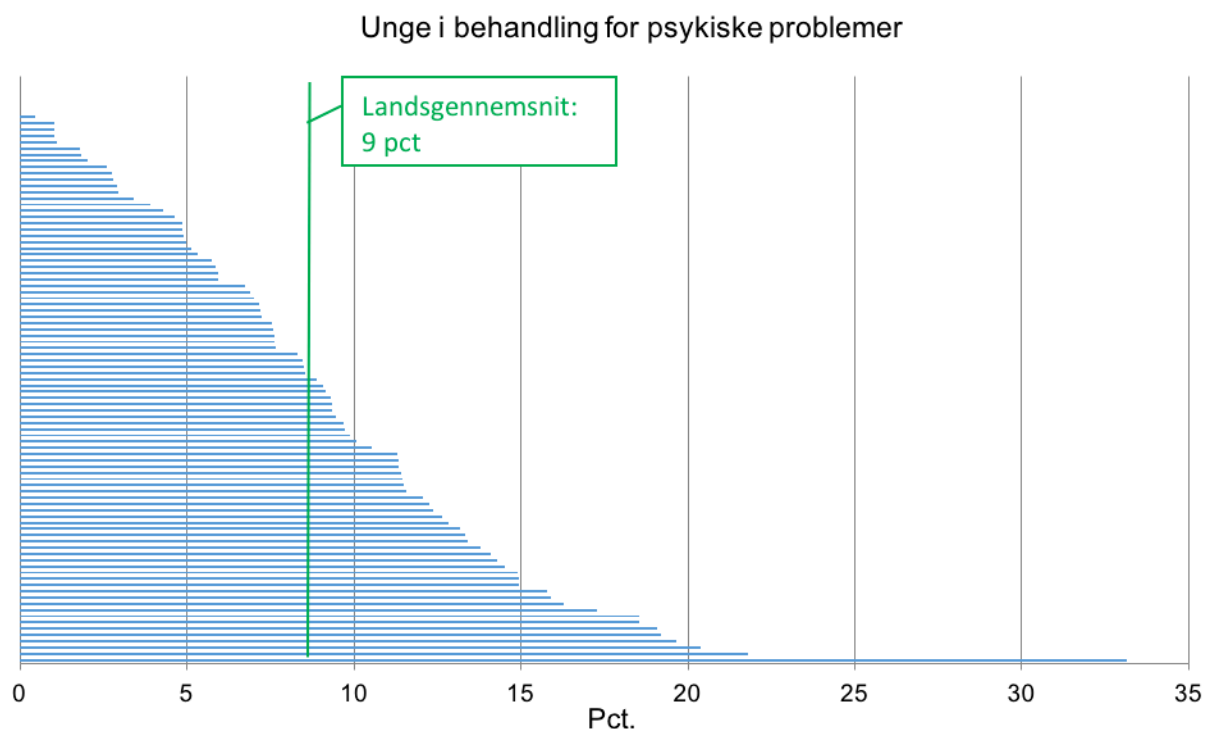
Note. Da afstandene er målt i forskel mellem niveauer af eksempelvis andel af personer i uddannelse er de rapporterede afstande i tabellen angivet i pct.point.

Af tabellen ses det, at kommunerne i gennemsnit kan øge andelen, der færdiggør eller starter på en ungdomsuddannelse, med 5,5 pct.point. Med andre ord betyder det, at for hver gang der er 100 unge i behandling for psykiske problemer, kan man i gennemsnit få ca. 5-6 ekstra til at tage en ungdomsuddannelse udover den del der allerede i dag gør det. Potentialet for forbedring for karakterer i dansk og matematik er på nogenlunde samme niveau. Bemærk, at de 5,5 pct. point. er et gennemsnit, dvs. at tallene vil være forskellige fra kommune til kommune, hvor nogle kommuner har højere potentialer og andre har lavere.



Man kan også måle potentialet for forbedring relativt til resultatmålenes udgangsniveau (i pct.). Et potentiale for forbedring på 8 pct. betyder således, at man kan få 8 pct. bedre resultater end man har nu, hvis man lykkes med at adoptere *bedste praksis*. Fordelen ved dette er, at dette mål i scenariet, hvor alle resultatmål forbedres på én gang, ikke afhænger af hvilket resultatmål, der undersøges. Figur 29 viser de procentvise potentialer i de enkelte kommuner. Mange kommuner har potentialer på under 5 pct. af deres nuværende niveau, og de allerfleste har potentialer under 20 pct. Landsgennemsnittet for potentiale af forbedring af den gennemsnitlige aktuelle værdi er på 9 pct. Hvis man skal sammenligne disse potentialer på tværs af kommunerne, skal man huske at tage kommunernes nuværende niveauer med i betragtning. Når man måler i pct. og rangerer kommunerne efter dette mål for potentialet, betyder det nemlig, at hvis der er to kommuner, som har samme potentiale i niveau, så vil den med det højeste udgangspunkt ligge bedst i rangeringen. Så hvis to kommuner kan forbedre sig 5 pct. point på uddannelse, og den ene kommune i udgangspunktet har 60 pct. og den anden 70 pct., der får en ungdomsuddannelse, vil det relative potentiale for forbedring være størst for kommunen der har 60 pct. i uddannelse i udgangspunktet.

Figur 29: Potentiale for forbedring for unge i behandling for psykiske problemer på tværs af kommuner



# 8 Erfaringer med ressource- og kvalitetsvariabler, samt rammevilkår på kommuneniveau

## 8.1 Erfaringer med ressource – og kvalitetsvariabler, samt rammevilkår på kommuneniveau

Et af spørgsmålene i denne opgave er, om det er muligt ud fra centralt tilgængelige data at finde information om ressourceforbrug og kvaliteten af indsatserne for målgrupperne på kommuneniveau, samt for rammevilkår på kommuneniveau, som kan inkluderes i benchmarkinganalysen. Svaret er, at det er lykkedes at indsamle visse ressource – og kvalitetsvariable, samt rammevilkårsvariable, men at sammenhængen mellem disse variable og resultatmålene er så svag, at vi har valgt ikke at inkludere disse variable i den endelige benchmarkinganalyse. Grundene hertil gennemgås i dette kapitel.

Først præsenteres det indsamlede datamateriale kort, og derefter præsenteres sammenhængene mellem kommunernes ressourcer og deres resultater. Alle detaljer vedrørende det indsamlede data, beregninger af enhedspriser etc. findes i bilag 5.

## 8.2 Det indsamlede datamateriale

Benchmarkinganalyser inkluderer sædvanligvis ressourceforbrug for at holde de opnåede resultater op imod dét input, der så at sige har produceret resultaterne. Det kunne jo være, at nogle kommuner har opnået bedre resultater end andre, simpelthen fordi de har brugt flere ressourcer. På samme måde kunne man forestille sig, at man for de samme ressourcer kunne have organiseret sine indsatser på en måde, som giver bedre resultater, og at denne forskellighed i organisering muligvis kunne forklares af nogle overordnede kvalitetsindikatorer. Sluttelig har vi også indsamlet nogle variable som mål for rammevilkår på kommuneniveau, fx den generelle

beskæftigelsessituation i kommunen for alle dens borgere og ikke kun de, som er i målgruppen. Ideen er her, at det vil være sværere for en kommune at få en borger fra én af målgrupperne i beskæftigelse, hvis beskæftigelsesgraden samlet set er lav i kommunen, end hvis den ikke er det. Et gennemgående kriterie for al det indsamlede data har været, at datakilderne skulle være centralt tilgængelige, dvs. både være offentligt tilgængelige og være landsdækkende. Generelt er kvalitet både vanskeligt at definere og at måle. Det har derfor kun været muligt at indsamle ganske få mål for kvalitet.

Det indsamlede kvalitetsdata består af:

- Information om kommunernes kvalitetsstandarder på de relevante områder (fra kommunernes hjemmesider)
- Data vedrørende hjemvisninger og ændringer i sager (fra Ankestyrelsen)
- Data på ventetider til genoptræning (fra Esundhed).

For alle de tre målgrupper har vi indsamlet kvalitetsstandarder for de respektive områder, som berører målgrupperne. Rationalet i at bruge kvalitetsstandard som kvalitetsmål er, at kommuner, der har gennemgået en proces med at nedskrive en kvalitetsstandard, har gjort et grundigt arbejde med at gennemtænke organiseringen af deres services på området, hvilket kan fortolkes som et tegn på højere kvalitet. Der findes imidlertid kun information om, hvorvidt kommunerne har en kvalitetsstandard i 2016, ikke om de havde det i 2010-12. Derfor benyttes en "omvendt" variabel: Hvis en kommune ikke har en kvalitetsstandard i 2016, antages det, at kommunen heller ikke havde en i 2010-12.<sup>43</sup> Data vedrørende hjemvisninger og ændringer i sager kan ligeledes sige noget om kvaliteten af indsatserne. Ved en hjemvisning bliver sagen sendt tilbage til kommunen, der skal behandle sagen og træffe afgørelse en gang til. Det kan være fordi, Ankestyrelsen mener, at der mangler yderligere oplysninger, eller at der er tale om alvorlige sagsbehandlingsfejl, som

---

<sup>43</sup> Det skal understreges, at dette selvfølgelig er uvist og dermed er en antagelse.

ikke umiddelbart kan rettes op i klagesagsbehandlingen. Ved ophævelse/ændring kommer Ankestyrelsen til et andet resultat end kommunen.

I forhold til kommunale rammevilkår har vi identificeret en række variabler, der afspejler den generelle sammensætning af borgere i kommunen, samt strukturelle forhold, der kan have indvirkning på det opnåede niveau af resultatmålene. Der er indsamlet en række forskellige variabler på kommuneniveau, der beskriver kommunernes rammevilkår. Kun de variabler, som formodes at have den største relevans og dermed den største sammenhæng med resultatmålene blev videre inkluderet. Det indsamlede data vedrørende kommunernes rammevilkår består af (se også Tabel 77 i bilag 5.1):

- Beskæftigelsesfrekvenser, uddannelsesniveauer – og frekvenser, gennemsnitsindkomster og antal dømte i kommunen generelt (fra Statistikbanken), sundhedstilstand i kommunen (fra den Nationale Sundhedsprofil)
- Afstand til specialiseret genoptræning (afstande via Google Maps)
- Antal fuldtidspraksis af børnepsykiatere (fra Danske regioner).

Det indsamlede resourcedata består af (se også Tabel 77 i bilag 5.1):

- Udgiftsdata fra de kommunale regnskaber (Statistikbanken)
- Data på antal årsværk for forskellige funktioner, som berører målgrupperne, fra Kommunernes og Regionernes Lønstatistik (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, KRL)
- Beløbene fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen).

Som Kollin, Kloppenborg et al. (2017) og Lemvigh and Panduro (2017) bemærker, er der begrænset central adgang til sammenlignelig og valideret data om ydelser og ressourcer på individniveau i kommunalt regi, og det er derfor ikke muligt at henføre specifikke ressourcer direkte

til personerne i målgrupperne. Det indsamlede resourcedata indeholder derfor udelukkende ressourcer på et overordnet kommunalt niveau.

Den grundlæggende udfordring ved at knytte resourcevariablerne til målgrupperne er, at grupperingerne i de kommunale regnskaber og i lønstatistikken sjældent svarer til analysens målgrupper og de indsatser, de har modtaget. For eksempel kan man fra KRL få oplysninger om antallet af årsværk for socialrådgivere for hver kommune, men der findes ikke oplysninger om, hvordan disse årsværk har været fordelt på forskellige målgrupper. Eksempelvis kunne én kommune have valgt at bruge en stor andel på én af målgrupperne i denne analyse, mens en anden kommune med det samme antal årsværk havde valgt at bruge en stor andel på personer, som ikke falder indenfor én af de tre målgrupper i denne analyse. Disse to kommuner vil således fremstå med det samme resourceforbrug af socialrådgivere i analysen, men de har ikke nødvendigvis det samme resourceforbrug for målgruppen, og kan dermed heller ikke forventes at have den samme sammenhæng med resultatmålene for målgruppen. Et andet eksempel er kommunernes udgifter til kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning, som berører målgruppen af personer med hjerneskade: Denne gruppering dækker alle former for genoptræning, ikke kun genoptræning til personer med hjerneskade, men også genoptræning af knæ, hofter etc. Det er derfor ikke muligt at vide, hvad en kommune reelt har brugt på genoptræningen af den identificerede målgruppe. Dertil må målgruppen af personer med hjerneskade formodes kun at modtage en lille del af disse ressourcer, hvilket gør koblingen endnu mere følsom overfor dette aggregeringsniveau. Der er kun to udgifter, nemlig 1) puljen til genoptræning af personer med hjerneskade og 2) udgifterne til stofmisbrugsbehandling, hvor målgruppen af personer, der modtog indsatser for midlerne stemmer overens med målgrupperne. For de resterende resourcevariabler er der ingen overensstemmelse mellem grupperingen af ressourcer på kommuneniveau og målgrupperne i analysen.

Dertil kommer den problematik, at alle tre målgrupper har modtaget flere indsatser, som også må forventes at påvirke resultatmålene, end hvad vi har kunnet finde resourcedata på, såsom beskæftigelsesrettede indsatser, kriminalpræventive indsatser etc.

En lignende problematik gør sig gældende for kvalitetsvariablene: Kvalitet er både vanskeligt at definere og at måle, og de indsamlede kvalitetsvariable er derfor blot meget overordnede proxyer for nogle aspekter af kommunernes behandling af sager, som ligeledes kun vedrører en del af de indsatser, borgerne i de forskellige målgrupper har modtaget.

### **8.3 Begrundelse for ikke at benytte ressource –, kvalitets og rammevilkårsvariable i den endelige benchmarkinganalyse**

Det viser sig (som ventet), at der er en meget svag sammenhæng mellem de ressourcevariable vi har kunnet indsamle og de resultater, som kommunerne har opnået på de forskellige resultatmål. Dette ses tydeligt at nedenstående regressionsanalyser i Tabel 54 - Tabel 56, der også kontrollerer for rammevilkår på kommuneniveau (dvs. for de faktorer, der er gældende generelt i kommunen som fx beskæftigelsesgraden eller graden af kriminalitet, og som må formodes at hænge sammen med resultatmålene generelt i kommunen).

Tabel 54: Målgruppen af erhvervet hjerneskade

	Beskæftigelse	Hjerneskn. u. psyk. komp	Partner u. psyk. komp.
Ressourceforbrug	0.00254 (0.054)	0.000902 (0.215)	-0.000378 (0.470)
Afstand til højst specialiseret rehabilitering	0.0243 (0.140)	0.00348 (0.714)	0.00439 (0.471)
Livsstilsproblemer	0.000162 (0.992)	0.000376 (0.964)	-0.0113 (0.060)
Gennemsnitsindkomst i kommunen	0.000000566** (0.003)	0.000000245 (0.055)	-4.63e-08 (0.584)
Konstant	0.518*** (0.000)	0.600*** (0.000)	0.845*** (0.000)
<b>Observationer</b>	87	97	95
<b>R<sup>2</sup></b>	0.197	0.077	0.043

p-værdier i parenteser  
 $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Tabel 55: Målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer

	Ungdomsuddannelse	Mindst 2 i Dansk	Mindst 2 i Matematik
Ressourceforbrug	-0.0000449 (0.419)	-0.00000641 (0.860)	-0.0000679 (0.125)
Generelt uddannelsesniveaue	0.0339 (0.947)	0.210 (0.477)	0.285 (0.378)
Socialrådgivere	-0.000405 (0.727)	0.00212 (0.064)	0.00176 (0.111)
Skolepsykologer	-0.0113 (0.466)	-0.00162 (0.875)	0.00174 (0.912)
Konstant	0.653*** (0.000)	0.634*** (0.000)	0.616*** (0.000)
<b>Observationer</b>	94	94	94
<b>R<sup>2</sup></b>	0.022	0.071	0.061

p-værdier i parenteser  
 $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Tabel 56: Målgruppen af personer i stofmisbrugsbehandling

	Beskæftigelse	Uddannelse	Ud af kriminalitet
Ressourceforbrug	0.000110 <sup>***</sup> (0.000)	-0.00000495 (0.941)	-0.0000850 (0.069)
Socialrådgivere (årsværk)	-0.00109 (0.899)	-0.00573 (0.372)	0.0131 (0.068)
Generel beskæftigelse	0.359 <sup>**</sup> (0.005)		
Generel uddannelsesniveau		0.408 (0.054)	
Generel kriminalitet			-0.981 (0.514)
Konstant	-0.0456 (0.600)	0.0971 <sup>*</sup> (0.026)	0.717 <sup>***</sup> (0.000)
<b>Observationer</b>	88	88	88
<b>R<sup>2</sup></b>	0.138	0.039	0.064

p-værdier i parenteser

<sup>\*</sup>  $p < 0.05$ , <sup>\*\*</sup>  $p < 0.01$ , <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0.001$

Tabel 54 - Tabel 56 viser, hvor stor en del af den totale variation i resultatmålene, som kan forklares af de relevante ressource - og rammevilkårsvariable. Som man kan se, er forklaringsgraderne forholdsvis lave, og kun for to resultatmål er de højere end 10 pct. Det eneste tilfælde, hvor vi har en statistisk signifikant sammenhæng mellem kommunens resultater og de anvendte ressourcer og rammevilkår på kommuneniveau, er i forklaringen af beskæftigelsen for personer i stofmisbrugsbehandling. For alle andre resultatmål i de andre målgrupper, er de anvendte ressourcer insignifikante og den samlede forklaringsgrad er meget lav.

Ligeledes kan man se, at kun to gange er to ud af de ti inkluderede variable for rammevilkår på kommuneniveau signifikante. Desuden er det altid en overvejelse i benchmarkinganalyser, hvorvidt man skal korrigere for variable, der delvist er en del af de kommunale indsatser til deres borgere. Tag for eksempel det generelle kommunale beskæftigelsesniveau. Dette vil til dels afspejle arbejdsmarkedsforhold i den enkelte kommune, som er bestemt af globale økonomiske forhold og ikke kan påvirkes af kommunale prioriteringer og indsatser. Omvendt vil andre arbejdsmarkedsforhold være påvirket af kommunes indsatser. Hvis det eksempelvis er sådan, at en kommune er særlig god til at få borgere i arbejde, herunder de målgrupper der undersøges i denne analyse, vil man ved at korrigere for generelle arbejdsmarkedsforhold komme til at fjerne en



del af de kommunale forskelle man er interesseret i at afdække i analysen. Disse overvejelser sammenlagt med, at rammevilkårene på kommuneniveau næsten aldrig optræder signifikant gør, at disse variable udelades af den videre analyse.

Der synes således ikke at være nogen væsentlig sammenhæng mellem ressourcevariablene og kommunernes resultater. Det betyder, at vi skal være meget forsigtige med at forstå forskellen i resultatmålene som et resultat af variationer i fx de anvendte ressourcer. Det skal i den forbindelse holdes for øje, at da vi kun kan forklare en meget lille del af variationen i resultaterne med omkostningerne, så er der samtidigt en meget stor variation i de opgjorte omkostninger, som ikke er relateret til effekterne. En traditionel effektivitetsanalyse, hvor der sammenlignes med ressourceforbruget i de kommuner, der har lavest mulige ressourceforbrug, vil i en sådan situation vise meget varierende effektivitet af kommunerne. Det kan naturligvis ikke udelukkes, at der findes en betydelig effektivitetsforskel, men det kan på den anden side heller ikke udelukkes, at en tilsyneladende forskel i realiteten skyldes, at ressourceopgørelserne er meget forskellige. Da vi samtidigt har fastslået, at der begrebsmæssigt ikke er den ønskede sammenhæng mellem opgjorte ressourcer og modtagerne af disse, er det vores vurdering, at en inddragelse af disse vil skabe støj i analyserne. Dette er især problematisk, når sigtet er at bestemme bedste praksis i en DEA benchmarkmodel, da uforklarede variationer her vil optræde som inefficienser. Vi mener derfor ikke, at en decideret effektivitetsvurdering kan gennemføres på det nuværende grundlag.

Som supplement til analyser af, om ressourceforbruget med de foreliggende opgørelser kan forklare en væsentlig del af variationen i resultatmålene, og om de kommunale rammevilkår optræder signifikant, har vi undersøgt om der findes signifikante sammenhænge med kvalitetsindikatorerne. Igen viser det sig, at der ikke er en sådan sammenhæng. Vi har undersøgt dette dels ved indledende korrelations- og regressionsanalyser, og dels ved afsluttende efteranalyser, hvor det undersøges, om der findes signifikante sammenhænge mellem de beregnede efficiensniveauer (er ikke vist i denne rapport men udført i selve benchmarkinganalysen) og dermed kommunernes rangordning, og de forskellige kvalitetsvariable. Dette viser sig ikke at være tilfældet.

## 9 Beskrivelse af det interaktive værktøj

Benchmarkinganalyserne beregner *bedste praksis*-måltal samt de heraf afledte potentialer for bedre resultater. Derudover angives et antal forbilleder for den enkelte kommune. Tal og forbilleder vil naturligvis være forskellige fra kommune til kommune. For at understøtte at kommunerne kan lære af hinanden og for at facilitere dialog kommunerne imellem, har vi udviklet et simpelt web-baseret benchmarking værktøj. Her kan den enkelte kommune trække en individuel rapport, som beskriver deres ukorrigerede og korrigerede resultatmål (dvs. deres aktuelle niveauer), deres *bedste praksis*-måltal samt deres relevante forbilleder. Både *bedste praksis*-måltallene og forbilleder er beregnet i værktøjet både i det scenarie, hvor kommunen har en målsætning om at forbedre *alle* resultatmål proportionalt (det aggregerede indeks defineret i Kapitel 2) samt for det scenarie, hvor kommunen har målsætninger om at forbedre bare ét resultatmål uden at ændre noget i forhold til de andre resultatmål (de retningsbestemte potentialer defineret i Kapitel 2).

Redskabet er tilgængeligt her:

[www.ibensoft.com/social](http://www.ibensoft.com/social)

I nærværende rapport viser vi fordelingen af afstandene mellem det aktuelle niveau og *bedste praksis*-måltallene for alle kommunerne i benchmarkinganalysen for det scenarie, hvor kommunerne har som målsætning at forbedre alle resultatmål proportionalt. Disse er præsenteret i de enkelte målgruppekapitler (kapitel 5-7). Man kan således sammenligne sine egne aktuelle niveauer og sine *bedste praksis*-måltal (som trukket i værktøjet) med de andre kommuners, og se, hvor man ligger i forhold til landsgennemsnittet. Endvidere har vi i nærværende rapport beregnet potentialerne for at opnå *bedste praksis* som en procentdel ud af den enkelte kommunes udgangspunkt. Man kan se disse tal for sin egen kommune ud fra tallene i værktøjet (se eksemplet nedenfor) og derefter kan man se, hvor man ligger i fordelingen og i forhold til gennemsnittet. Hvis

man ydermere er interesseret i at se sine egne tal for de andre scenarier – de retningsbestemte potentialer – kan man finde dem i værktøjet.

Nedenfor er vist en rapport fra værktøjet for en tilfældig kommune for én af målgrupperne. Potentialet for at opnå måltallene for bedste praksis, når denne kommune fx forfølger en målsætning om at forbedre alle resultatmålene proportionalt, kan aflæses i tabellen nedenfor, som stammer fra rapporten fra værktøjet.

	Aktuelle niveau	Fokus på alle mål	Fokus på beskæftigelse	Fokus på uddannelse	Fokus på kriminalitet
I beskæftigelse (pct)	23	26	34	23	23
Under uddannelse (pct)	19	21	19	25	19
Ude af kriminalitet (pct)	71	79	71	71	80

Afstanden fra det aktuelle niveau af beskæftigelse til måltallet for bedste praksis er 3 pct.point (26-23). Disse 3 pct.point udgør  $(3/23)*100 = 13$  pct. af kommunens aktuelle niveau, dvs. kommunen kan få 13 pct. bedre resultater, end den har nu, hvis den adopterer bedste praksis i forhold til at forbedre alle måltallene proportionalt. Dette tal kan herefter sammenlignes med de gennemsnitlige tal for, hvor meget de aktuelle niveauer skal forøges for at opnå *bedste praksis*-måltallene, se tabellerne i de respektive målgruppe-kapitler. Da vores analyse ikke medtager ressourceforbrug, er det vigtigt at holde sig for øje, at tallene ikke siger noget om, hvorvidt det er muligt at opnå forbedringer på alle resultatmål samtidigt uden at bruge ekstra ressourcer.

# 10 Samlet konklusion

Formålet med denne benchmarkinganalyse, som det var beskrevet i satspuljeteksten fra 2015, var at "undersøge, om benchmarking kan udføres på det sociale område og dermed bidrage til at højne vidensgrundlaget". Formålet med denne analyse kan derfor ses som bestående af to dele: 1) At foretage en benchmarkinganalyse af kommunerne for tre udvalgte målgrupper på socialområdet, og 2) derigennem afdække potentialet for at lave benchmarkinganalyser på det sociale område generelt.

I samråd med opdragsgiver blev følgende tre målgrupper udvalgt:

1. Voksne over 18 år med erhvervet hjerneskade
2. Personer i behandling for stofmisbrug
3. Unge i behandling for psykiske problemer

Benchmarkinganalyserne er gennemført ved anvendelse af en *DEA* analyse (*Data Envelopment Analysis*) for hver af de tre målgrupper på følgende resultatmål:

1. Beskæftigelse, fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade og hos partneren til personer med hjerneskade
2. Beskæftigelse, uddannelse og fravær af kriminalitet
3. Ungdomsuddannelse og mindst karakteren 2 i dansk hhv. matematik ved Folkeskolens afgangseksamen

I dannelsen af resultatmålene er der taget højde for kommunernes individuelle rammevilkår. Dvs. at vi har korrigeret for, at målgruppens baggrundskarakteristika såsom alder, uddannelsesniveau, beskæftigelsesgrad, helbredshistorik, forældrekarakteristika etc. er forskellig for forskellige

kommuner. Benchmarkinganalyserne er i videst muligt omfang landsdækkende og dækker mellem 87 og 97 af landets 98 kommuner, afhængig af målgruppe og resultatmål.

Alle benchmarkinganalyserne er gennemført på registerdata fra Danmarks Statistik. Endvidere er der i projektet gjort en grundig indsats for at undersøge, om nationalt tilgængelige data kan benyttes som et mål for kommunernes ressourceforbrug på målgrupperne i analyserne. Hvis dette var muligt, ville benchmarkinganalyserne kunne give et mål for de enkelte kommuners efficiens. Projektet har således indsamlet data for kommunernes ressourceforbrug for de tre målgrupper via centralt, nationalt tilgængelige kilder. Analyserne af datamaterialet viser imidlertid, at der i ingen af de tre målgrupper findes en stærk nok sammenhæng mellem de målte ressourcer og kommunernes resultater. Benchmarkinganalyserne inkluderer derfor ikke ressourceforbrug og udtaler sig således ikke om efficiens.

For bedre at facilitere erfaringsudveksling mellem kommunerne er der som en del af projektet udarbejdet et onlineværktøj, hvor kommunerne kan trække individuelle rapporter om resultaterne af benchmarkinganalysen. En sådan rapport indeholder information om kommunernes egne resultater og derudover også en konkret liste af kommuner, som analysens resultater viser er oplagte at sammenligne sig med.<sup>44</sup> Målet med værktøjet er at give kommunerne et redskab og noget viden om, hvilke kommuner de hver især med fordel kan udveksle erfaringer med. Værktøjet kan findes på [www.ibensoft.com/social](http://www.ibensoft.com/social).

Benchmarkinganalyserne beregner for hver målgruppe og for hvert resultatmål potentialerne for forbedringer for hver kommune, når *alle* resultatmål tages i betragtning. Dvs. analyserne tillader ikke, at man forbedrer ét resultatmål på bekostning af andre resultatmål. Alle forbedringer udregnes sammenlignet med *bedste praksis*. Alle benchmarkinganalyserne er baserede på korrigerede resultatmål. Vi finder potentialer i størrelsesordenen på i gennemsnit 3 til 10 procent.

---

<sup>44</sup> Dette er inspirationskommunerne i onlineværktøjet

Endvidere finder vi, at det er vigtigt at korrigere for kommunernes individuelle rammevilkår. Med de individuelle rammevilkår tages der højde for, at sammensætningen af målgrupperne imellem kommuner kan variere og at forskellige sammensætninger kan påvirke resultatmålene forskelligt. Et eksempel er, hvis én kommune udelukkende har borgere i målgruppen personer i behandling for stofmisbrug med høj arbejdsmarkedstilknytning og en anden kommune udelukkende har lav arbejdsmarkedstilknytning i deres målgruppe af personer i behandling for stofmisbrug,, så vil den første kommune formentligt have nemmere ved at få deres målgruppe i arbejde. Dette skyldes imidlertid ikke kommunens indsats, men blot det, at deres borgere generelt set er tættere på arbejdsmarkedet. Vores analyse viser, at det er vigtigt at medtage disse individuelle rammevilkår, da det mindsker variationen mellem de højest og lavest rangerede kommuner, og da denne variation er bestemmende for kommunernes potentialer for forbedringer af resultatmålene, risikerer man at overvurdere potentialerne, hvis der ikke korrigeres. Tilgængelige registerdata er en god kilde til dette arbejde.

Vi finder også, at det fremadrettet er vigtigt, at:

- Resultatmålene er relevante og dækkende for den målgruppe, der analyseres. For at analyserne kan gennemføres på kommuneniveau, skal der være nok borgere i målgruppen i alle kommuner. Det betyder, at målgruppen risikerer at blive for bred til at kunne dækkes af få resultatmål. Der bør derfor fremadrettet arbejdes med at udvide resultatmålenes bredde.
- Der arbejdes på at få bedre resourcedata. Specifikt, at ressourcer brugt på udvalgte målgrupper kan henføres til netop personerne i disse målgrupper.

Det kan være nyttigt at gentage en benchmarkingøvelse over en årrække, da en benchmarkingøvelse i sagens natur er en statisk øvelse, hvor man sammenligner kommunerne på ét bestemt tidspunkt. En gentagelse over en årrække vil give et mere dynamisk billede af udviklingen i kommunernes resultater over tid.

Overordnet set vurderes det, at benchmarkinganalyser kan udføres på det sociale område således, at de kan bidrage til et bedre vidensgrundlag til at udvikle indsatserne. Det er dog også klart, at benchmarkinganalyserne ikke kan stå alene, men skal bruges til at facilitere en dialog kommunerne imellem. Endvidere har rapporten peget på en række områder, hvor der med fordel kan sættes ind for at gøre analysemulighederne bedre. Alt i alt bør resultaterne af benchmarkinganalyserne fortolkes med varsomhed, og forklaringerne på, hvorfor nogle kommuner klarer sig bedre, bør findes ved erfaringsudveksling kommunerne imellem, ved egentlige effektevalueringer af de specifikke indsatser, samt ved mere kvalitative studier.

# 11 Litteratur

Amilon, A. (2009). Benchmarking af kommunernes sagsbehandling- antagelser, metode og resultater. København, SFI.

Amilon, A., Birkelund, J. F., Christensen, G., Jeppesen, A. G., Markwardt, K. (2016). Kapaciteten i den sociale stofmisbrugsbehandling. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Arendt, J. N., et al. (2004). Kontanthjælpsforløbs varighed og afslutning: Forskelle mellem kommuner, AKF Forlaget.

Arendt, J. N., et al. (2014a). Benchmarking af kommunernes integrationsindsats på beskæftigelsesområdet. København, KORA.

Arendt, J. N., et al. (2014b). Benchmarking af kommunernes integrationsindsats på uddannelsesområdet. København, KORA.

BDO (2013). Haderslev kommune-Analyse af området for voksne med særlige behov.

BDO (2014). Tønder Kommune- Benchmarking-analyse på det specialiserede voksenområde.

Bogetoft, P. and L. Otto (2011). Benchmarking with DEA, SFA and R. New York, Springer Science + Business Media B.V.

Bogetoft, P. and J. Wittrup (2014). Benchmark af erhvervsuddannelserne. København, Rocwool Fondens Forskningsenhed i kommission hos Syddansk Universitetsforlag.

Christensen, S. H. and S. Feilberg (2015). Benchmarkinganalyse af ældreområdet i Hjørring Kommune. København, KORA.

Danske Regioner, Finansministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet. (2015) Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren-udviklingen fra 2013-2014.

Danske Regioner & Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2013) Øget fokus på gode resultater på sygehusene.

Dalsgaard, C. T. and K. Lemvigh (2016). Udgifter, brugere og enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde- En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014. København, KORA- Det Nationale Institut for Kommunernes og Regioners Analyse og Forskning.

Deloitte (2014). Frederikssund kommune- Analyse af handicap- og psykiatriområdet. København, Deloitte.

Dikmen, S. S., et al. (1995). "One year psychosocial outcome in head injury " Journal of International Neuropsychological Society: 67-77.



Engberg, A. W. and T. W. Teasdale (2004). "Psychosocial outcome following traumatic brain injury in adults: A long-term population-based follow-up." Brain Inj **18**(6): 533-545.

Feilberg, S. (2016). Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner- Benchmark af genoptræningsplaner på nationalt, regionalt og kommunalt niveau fra 2007-2014. København, KORA.

Gentofte, et al. (2010). Kommunalreformopgaver 2010- Voksne med særlige behov.

Glintborg, C. (2015). Grib mennesket. Center for developmental and Applied Psychological Science. Aalborg, Aalborg Universitet. **ph.d.**

Glintborg, C. (2015). Følgforskning til ph.d. "Grib mennesket". Center for developmental and Applied Psychological Science. Aalborg, Aalborg Universitet. **Under udarbejdelse**.

Jacobsen, R. H., et al. (2016). Benchmarking og effektivitet af danskuddannelse for udlændinge. København, KORA.

KL (2017a). De udsatte børn- Nøgletal 2017. København, KL.

KL (2017b). Kend din kommune- Brug nøgletal i styringen 2017. København, KL.

Klopenborg, H. S. and C. T. Dalsgaard (2016). Udgifter, brugere og endhedsudgifter på det specialiserede børneområde- En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014. København, KORA.

Klopenborg, H. S. and J. Wittrup (2015). Sårbare børn- hvem er de, hvor bor de, og hvordan klarer de sig i skolen? København, KORA.

Kollin, S. K., et al. (2017). Kobling af udgifter og aktiviteter på det specialiserede børneområde - Analyse af udfordringer og anbefalinger til forbedring af datagrundlaget København, KORA.

Kristiansen, N. S., et al. (2014). "Off-hours admission and acute stroke care quality: a nationwide study of performance measures and case-fatality." Stroke **45**(12): 3663-3669.

Lemvigh, K. and B. Panduro (2017). Kobling af udgifter og aktiviteter på det specialiserede voksenområde - Analyse af udfordringer og anbefalinger til forbedring af datagrundlaget København, KORA.

Møller, M. L., et al. (2014). Voksen med erhvervet hjerneskade- Sociale indsatser, der virker. Odense, Socialstyrelsen.

Rigsrevisionen (2016). Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade. København.

Socialstyrelsen (2016a). Forløbsbeskrivelse: Rehabilitering af voksne med kompleks erhvervet hjerneskade- på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde. Odense, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2016b). Nationale retningslinjer- for den sociale stofmisbrugsbehandling. Odense, Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2010). Den nationale sundhedsprofil - Hvordan har du det? København, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2011a). Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskabe. København, Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2011b). "Hjerneskaderehabilitering- en medicinsk teknologivurdering." **13**(1).

Sundhedsstyrelsen (2014). Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade- en faglig visitationsretningslinje. København, Sundhedsstyrelsen.

Teasdale, T. W. (2012). Sociale konsekvenser. Apopleksi, sygdom, behandling og organisation. G. Andersen.

Teasdale, T. W. and A. Engberg (2005). "Subjective well-being and quality of life following traumatic brain injury in adults: a long-term population based follow up." Brain Inj **19**(12): 1041-1048.

Treger, I., et al. (2007). "Return to work in stroke patients." Disability and rehabilitation **29**(17): 1397-1403.

Wittrup, J. and P. Bogetoft (2011). Effektivisering i folkeskolen- muligheder og metoder. Århus, KREVi: Det Kommunale og Regionale Evalueringsinstitut.

Wittrup, J., et al. (2013). Kommunale serviceniveauer og produktivitet. København, KORA.

# 1 Bilag – metode

Dette kapitel beskriver nogle mere tekniske detaljer af DEA-metoden.

## 1.1.1 DEA-modellerne

### Konstruktion af indeks

Den basale udfordring i forbindelse med konstruktionen af et output-/outcome-baseret indeks er, at der findes en række partielle indikatorer, som på den ene eller anden måde skal sammenvejes. Sammenvejningen af indikatorerne er vanskelig og vil ofte lede til diskussioner, som i sidste ende miskrediterer forsøget på aggregering. I dette projekt vil vi derfor anvende flere sammenvejninger, og vi vil lade hver kommune blive vurderet ved den sammenvejning, som stiller kommunen i bedst mulige lys. Det resulterende såkaldte Benefit-of-the-Doubt-indeks (BoD-indeks) er således konstrueret under størst mulige hensyntagen til de enkelte kommuners særlige egenskaber og prioriteringer, og det repræsenterer hermed en meget forsigtig tilgang til konstruktion af et samlet indeks for resultatniveauet. En umiddelbar konsekvens af dette er også, at et sådan indeks ikke leder til en komplet rangordning af resultatniveauerne, og at der vil være flere kommuner, som på forskellig måde leverer højest mulige resultatniveau.

### Den grundlæggende problemstilling

Den grundlæggende problemstilling i forbindelse med konstruktionen af en sammensat resultatindikator er, hvorledes et sæt af individuelle resultatmål skal aggregeres.

Lad os antage, at vi for hver målgruppe har et sæt af  $n$  resultatmål

$$y_j^k = \text{resultatmål } j \text{ for kommune } k, j = 1, \dots, n, k = 1, \dots, K$$

Spørgsmålet er nu, hvorledes resultatvektoren for en given kommune kan sammenfattes i et sammensat indekstal  $S^k$

$$y_j^k, j = 1, \dots, n \rightarrow S^k, \quad k = 1, \dots, K$$

En sådan aggregering er nyttig, fordi den sammenfatter en kompleks, flerdimensional virkelighed i et enkelt tal. Et sådan tal er langt lettere at forstå og anvende end et batteri af mange forskellige resultatmål.

Vi kan – stort set uden tab af generalitet – antage, at alle resultatmålsdimensionerne er præferencemæssigt uafhængige, det vil sige, at de værdier af et givent resultatmål, vi foretrækker frem fra andre værdier, ikke påvirkes af, hvilke værdier de andre resultatmål har. Vi vil også forudsætte, at resultatmålene er formuleret, så høje værdier af de individuelle resultatmål er attraktive.

Der findes naturligvis mange måder, hvorpå man kan konstruere sammenfatningen eller aggregeringen. Der findes også en righoldig litteratur om dette, således som den fx er opsummeret i OECD and European Commission (2008). Der er i den forbindelse tre fundamentale problemer, nemlig hvordan man

1. bestemmer et relevant sæt af individuelle resultatmål
2. normaliserer de individuelle resultatmål, så de er sammenlignelige
3. sammenvæjer de forskellige normaliserede resultatmål, så en sammensat resultatværdi kan etableres.

En særlig attraktiv aggregering er BoD-metoden, som vi anvender i dette projekt.

### **Relevante individuelle indikatorer**

Udgangspunktet for konstruktionen af et samlet resultatniveau-indeks  $S$  er et sæt af  $n$  individuelle resultatmål,  $y_1, \dots, y_n$ . Det første spørgsmål er derfor, hvorledes disse kan afgrænses.

Der findes ikke en sammenhængende teori for dette, men vejledt af den generelle litteratur om evaluering og beslutningstagning under hensyntagen til mange kriterier, jævnfør fx Bogetoft og Pruzan (1991), kan man sige, at vi ideelt set leder efter et sæt af resultatmål, som er relevante, komplette, operationaliserbare og ikke-redundante:

- Relevans betyder, at resultatmålene skal afspejle de forhold, som borgere og myndigheder forbinder med indsatsen.
- Komplethed betyder, at resultatmålene tilsammen skal dække alle de relevante dele af den indsats, som leveres.
- Operationaliserbarhed betyder, at resultatdimensionerne skal kunne måles, og at der skal være data til rådighed.
- Ikke-redundans betyder, at man skal anvende den simplest mulige, tilstrækkelige beskrivelse (Occam's razor). Det betyder i særdeleshed, at overlappende resultatmål ideelt set skal undgås, så visse indsatsområder ikke alene af den grund tillægges dobbelt vægt.

Det er klart, at disse krav er ideelle og i sig selv delvist modstridende. Det kan fx være umuligt at opnå en komplet beskrivelse på grund af manglende adgang til operationelle resultatmål. Ikke desto mindre kan de overordnede principper være nyttige at holde sig for øje.

### **Benefit-of-the-Doubt-indeks (BoD-indeks)**

I litteraturen om sammensatte indeks er der indenfor de sidste fem til ti år dukket en ny klasse af indikatorer op, nemlig de DEA-baserede indeks, nogen gange omtalt som "Benefit-of-the-Doubt-indeks" (BoD-indeks), jævnfør fx Cherchye et al. (2006), Despotis (2005), González et al. (2011), OECD and European Commission (2008), og Tofallis (2012). BoD-indeks er særligt attraktive, fordi de tillader flere samtidige aggregeringer af de underliggende indikatorer. De forskellige kommuner vurderes så ved forskellige aggregeringer på en sådan måde, at **de hver især stilles i bedst mulige lys**, og dermed også så der tages størst muligt hensyn til den prioritering, som den enkelte kommune har lavet. Man kan sige at BoD-indekset passer godt sammen med ideen om kommunalt selvstyre.

BoD-indekset er desuden attraktivt, fordi det er invariant over for en række re-skalleringer af de underliggende resultatmål, og fordi det er let at fortolke både begrebsmæssigt og grafisk.

En BoD-aggregering  $BoD^k$  af kommune  $k$ 's resultatmål kan konstrueres således:

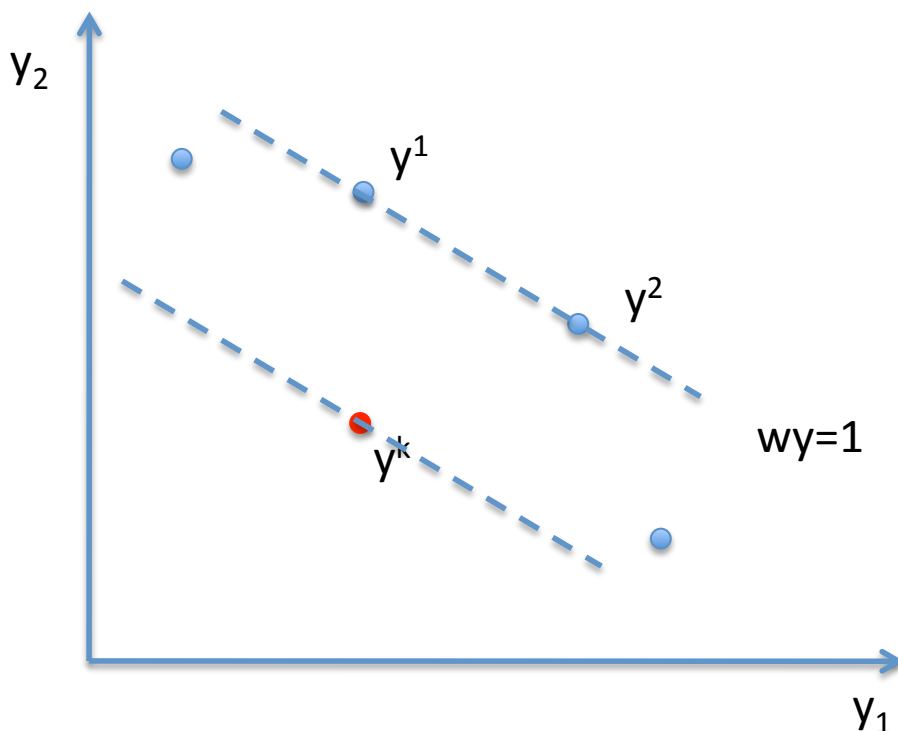
$$\begin{aligned} \text{Max}_w \quad & \sum_{i=1}^n w_i y_i^k \\ \text{ubbe} \quad & \sum_{i=1}^n w_i y_i^h \leq 1 \text{ for alle } h=1, \dots, K \\ & w_i \geq 0 \quad \text{for alle } i=1, \dots, n \end{aligned}$$

Det vil sige, vi maksimerer den vægtede sum af alle kommunens resultatmål under bibetingelse af, at ingen kommune med de samme vægte opnår en sum større end 1. Det følger heraf, at  $BoD^k \leq 1$ .

En værdi på 1 betyder, at der ikke med de valgte vægte findes andre kommuner, som har gjort det bedre end kommune  $k$ . Hvis kommune  $k$  opnår en samlet resultatværdi på mindre end 1, er det på den anden side udtryk for, at der findes mindst én anden kommune der – selv med disse for kommune  $k$  optimale vægte – giver en højere vægtet score.

BoD-aggregeringen kan illustreres som i Figur 30 nedenfor. Alle punkter på de rette linjer har samme værdi af den vægtede sum  $wy$ . Vi kan tænke på disse linjer som indifferenskurver i en social præferencefunktion. Ideen er nu at finde de vægte, det vil sige den hypotetiske sociale præferencefunktion, som stiller den analyserede kommune i det bedst mulige lys. Det sker ved at finde den linje, som skal forskydes mindst muligt mod nordøst, før alle kommuner ligger til venstre for linjen. I det illustrerede tilfælde bliver BoD-indekset for kommune  $k$ , der er markeret med rød, cirka 0,5 fordi  $wy^k$ -linjen ligger cirka halv så langt mod nord-øst som  $wy = 1$  linjen. Hvis vi havde valgt en anden hældning på indifferenskurven, havde kommune  $k$  kunnet forbedre sig endnu mere.

Figur 30: BoD-aggregering som et vægtningsproblem



Vi ser, at vi for at beregne BoD-scoren for en given kommune skal løse et relativt simpelt såkaldt lineært programmeringsproblem med  $n$  mulige variable og  $K$  bibetingelser udover de normale ikke-negativitetsbetingelser.

### Alternative fortolkninger af BoD-indekset

Det er (relativt) simpelt men informativt at omskrive dette lineære programmeringsproblem på forskellig vis. Formelle beviser for disse reformuleringer findes i Bogetoft and Otto (2011), og de mere begrebsmæssige fortolkninger er understreget i Bogetoft (2012).

Det er oplagt, at bibetingelserne i  $BoD^I$ -problemet alene tjener til at begrænse vægtene. En simpel mulighed er derfor at omskrive ovenstående problem til

$$\text{Max}_{w \geq 0} \text{Min}_h \frac{\sum_{i=1}^n w_i y_i^k}{\sum_{i=1}^n w_i y_i^h}$$

Værdien af dette problem er igen lig  $BoD^k$ .  $BoD$ -indekset for kommune  $k$  kan på denne måde fortolkes som resultatet af et spil mellem kommunen og evaluator. Kommunen forsøger at finde en vægtning af de forskellige i resultatmål, der får dens resultatniveau til at se så stort ud som muligt, mens evaluator på den anden side for givne vægte forsøger at finde en kommune  $h$ , som med disse vægte har gjort det særlig godt. Proceduren kan igen relateres til Figur 30. I det illustrerede tilfælde sammenlignes kommune  $k$  med kommune 1 eller kommune 2, det vil sige den optimale værdi af  $h$  er 1 eller 2. Vi kan også reformulere  $BoD$ -problemet ved såkaldt dualisering. Det leder til følgende alternative formulering

Min  $E$   
 $\lambda, E$

$$\text{ubbe } E \cdot 1 \geq \sum_{h=1}^K \lambda^h \cdot 1$$

$$y_i^k \leq \sum_{h=1}^n \lambda^h y_i^h \quad \text{for alle } i=1, \dots, n$$

$$\lambda^h \geq 0 \quad \text{for alle } h=1, \dots, K$$

Den optimale værdi i dette problem  $E^*$  er lig  $BoD^k$ . Vi ser, at beregningen svarer til et normalt input-reduktionsproblem i DEA.  $BoD$ -indikatoren kan derfor også gives følgende fortolkning: Vi antager, at alle kommuner har brugt den samme mængde af input (her for simpelhedens skyld sat til 1), og vi forsøger nu at finde den største reduktion i kommune  $k$ 's forbrug af input, som gør det muligt for et vægtet gennemsnit af de andre kommuner at producere mindst det samme serviceniveau under anvendelse af højst det reducerede input. Denne fortolkning forudsætter, at den underliggende teknologi er kendetegnet ved konstant skalaafkast. Vi kan endeligt omformulere  $BoD$ -problemet til den inverse værdi af følgende

Max  $F$   
 $\lambda, F$

$$\text{ubbe } F \cdot y_i^k \leq \sum_{h=1}^n \lambda^h y_i^h \quad \text{for alle } i=1, \dots, n$$

$$1 \geq \sum_{h=1}^K \lambda^h \cdot 1$$

$$\lambda^h \geq 0 \quad \text{for alle } h=1, \dots, K$$

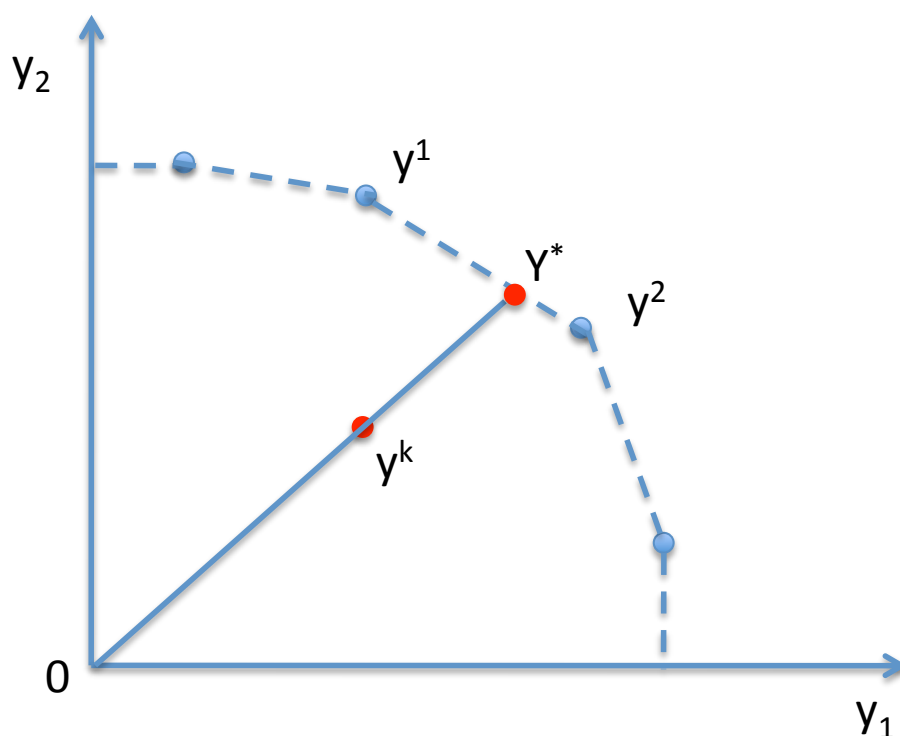
Hvis vi løser dette problem, kan vi finde  $BoD^k$  som  $1/F$ . Den geometriske fortolkning af det sidste problem er relativ klar. Vi forsøger at finde den størst mulige proportionale forøgelse af alle



servicedimensioner, som er mulig i den mindste konvekse mængde, som indeholder alle kommuners serviceprofiler. Dette er illustreret i Figur 31 nedenfor. Vi starter i kommune k's serviceprofil, og vi øger nu alle dimensioner med samme faktor, således at vi fortsat holder os i det brugbare område. Det svarer til at bevæge os på den rette linje fra 0 gennem  $y^k$ , til vi når randen af det mulighedsområde, der er konstrueret som den mindste konvekse mængde, der samtidigt opfylder fri bortkastelse. Vi får på denne måde at

$$DoB^k = \frac{|0y^k|}{|0y^*|}$$

Figur 31: BoD-aggregering som en proportional forøgelse af alle indikatorer



### Vægtrestriktioner

I BoD-indekset fastsættes vægtene endogent, således at den enkelte kommune sættes i det bedst mulige lys. Metoden tager dermed højde for, at kommunerne kan have prioriteret forskellige indsatsers forskelligt. Vi kan også sige, at metoden finder den lineære sociale velfærdsfunktion, som får kommunens indsats til at se mest velfærdsskabende ud sammenlignet med de andre

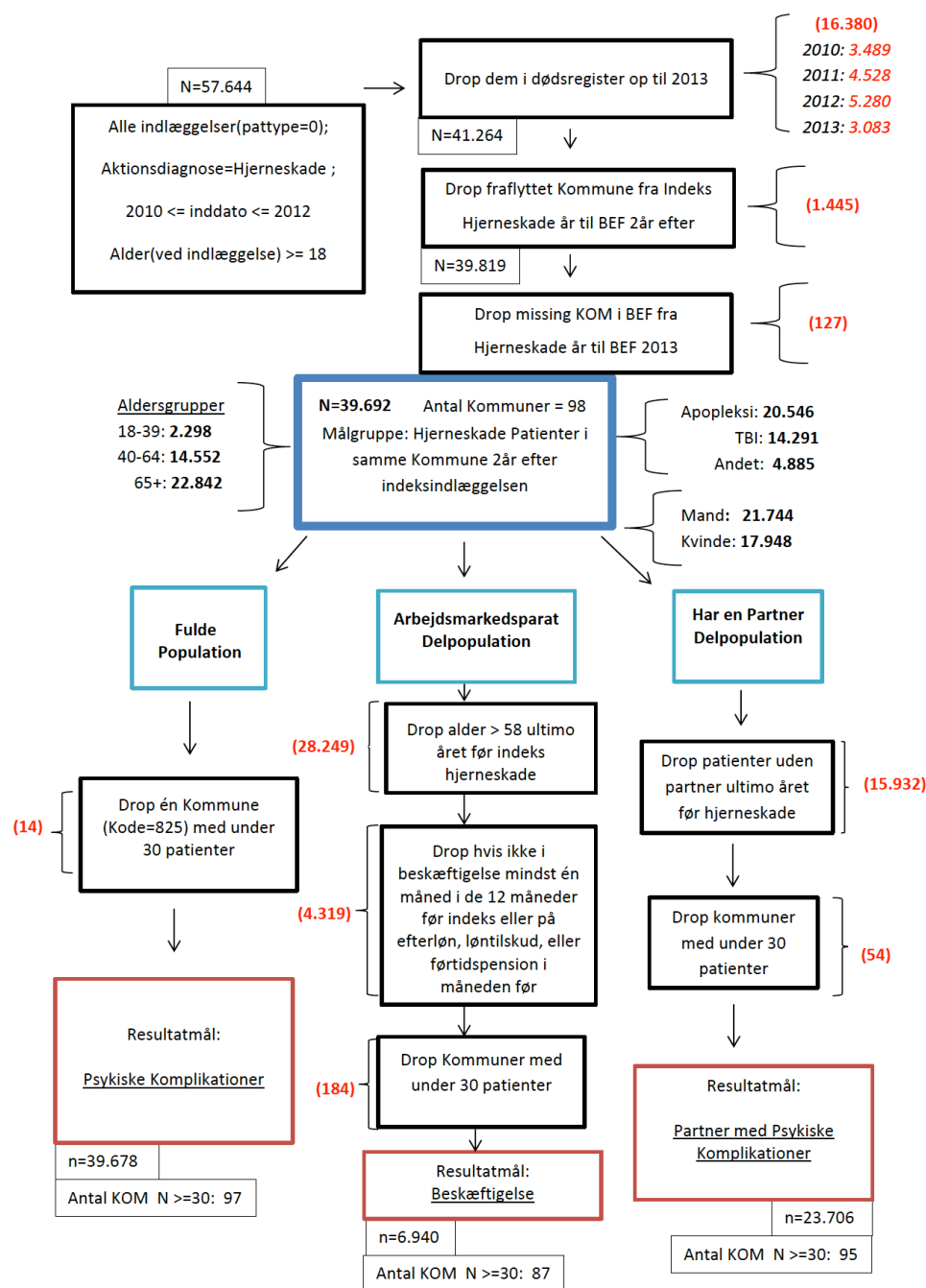
kommuner. Under alle omstændigheder er det en attraktiv egenskab ved metoden, at evaluator ikke behøver at værdisætte de forskellige indsatser i forhold til hinanden. Det betyder dog ikke, at vægtrestriktioner altid er uinteressante. Man kan naturligt diskutere om disse vægte bør kunne vælges helt frit. Når man tillader fuld fleksibilitet, så indebærer det, at hvis en kommune scorer højest på fx en ud af tre resultatmål, men scorer lavt på de to andre, så vil den tillægge det første resultatmål en vægt på 100 pct. og opnå en maksimal samlet BoD-index. Det kan derfor i visse tilfælde være rimeligt at tilføje nogle yderligere restriktioner, der fratager muligheden for helt at ignorere enkelte resultatmål ved beregningen af det samlede indeks. Vi har dog undladt at gøre brug af denne mulighed. Det er nemlig i vores anvendelser ikke oplagt hvilke restriktioner man skal indlægge, og forsøg på brug af sådanne restriktioner vil derfor let kunne give anledning til tvivl om relevansen af det justerede mål. Vi mener derfor den forsigtige tilgang, dvs. at anvende helt frie vægte, er at foretrække. Fri vægte giver alle kommuner de højeste værdier af det sammensatte BoD mål. På sigt kan det dog være interessant at overveje brugen af vægtrestriktioner. Vægtrestriktioner kan fx være nyttige i forbindelse med den kommunale prioritering mellem alternative outputs. Hvis en kommune mener, at det især er et af de første resultatmål som er den relevante kan kommunen fx indlægge en restriktion som siger, at vægten på dette resultatmål skal udgøre mindst 50 pct..

Der findes beslægtede måder at indlægge viden om ønskede prioriteringer mellem målene på. Man kan i den forbindelse bl.a. anvende interaktiv benchmarking, hvor brugeren, her den enkelte kommune, selv beslutter i hvilken retning af output rummet der skal søges måltal.

# 2 Bilag – Personer med hjerneskade

## 2.1 Målgruppe

Figur 32: Analysepopulation



Tabel 57: Antal personer med hjerneskade fordelt på kommuner og år

Kommunekode	Kommunenavn	2010	2011	2012	Total	Pr. 1000*
101	København	825	838	908	2.571	1,910544
147	Frederiksberg	192	206	185	583	2,358922
151	Ballerup	93	129	139	361	3,233615
153	Brøndby	94	89	95	278	3,464725
155	Dragør	48	39	45	132	4,169134
157	Gladsaxe	161	162	205	528	2,911324
159	Glostrup	135	144	159	438	3,569316
161	Greve	61	53	70	184	3,280516
163	Herlev	57	88	77	222	3,556068
165	Albertslund	64	62	67	193	3,027309
167	Hvidovre	124	134	137	395	3,350766
169	Høje-Taastrup	115	108	135	358	3,250925
173	Lyngby-Taarbæk	114	137	139	390	3,121942
175	Rødovre	101	74	103	278	3,202885
183	Ishøj	50	42	50	142	2,972079
185	Tårnby	110	121	133	364	3,794127
187	Vallensbæk	39	34	47	120	3,655221
190	Faaborg-Midtfyn	86	74	80	240	4,080864
201	Allerød	59	62	63	184	3,463888
210	Fredensborg	84	87	94	265	2,946802
217	Helsingør	152	164	194	510	3,56439
219	Hillerød	98	130	124	352	3,250501
223	Hørsholm	77	70	77	224	3,93495
230	Rudersdal	150	142	158	450	3,609001
240	Egedal	89	93	72	254	2,756547
250	Frederikssund	103	143	150	396	3,868472
253	Gribskov	120	98	141	359	3,6664
259	Køge	141	115	157	413	3,157022
260	Furesø	80	96	108	284	2,795077
265	Roskilde	189	183	223	595	3,091616
269	Solrød	56	34	52	142	2,999055
270	Guldborgsund	113	100	137	350	4,234842
306	Odsherred	148	149	140	437	5,480981
316	Holbæk	231	226	245	702	4,378271
320	Faxe	83	86	95	264	3,222823
326	Kalundborg	166	169	189	524	4,57111
329	Ringsted	85	79	82	246	3,24396
330	Slagelse	241	215	250	706	3,862799
336	Stevns	61	65	59	185	3,573429
340	Sorø	67	69	82	218	3,215766
350	Lejre	59	74	67	200	3,296006
360	Lolland	189	155	153	497	4,437896
370	Næstved	183	196	208	587	3,087686
376	Haderslev	220	204	216	640	3,235137

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Kommunekode	Kommunenavn	2010	2011	2012	Total	Pr. 1000*
390	Vordingborg	112	132	150	394	3,589176
400	Bornholm	117	106	162	385	3,822374
410	Middelfart	97	88	86	271	3,119218
420	Assens	113	115	100	328	3,415413
430	Gentofte	161	154	178	493	3,184382
440	Kerteminde	44	57	54	155	2,794228
450	Nyborg	90	104	89	283	3,815263
461	Odense	374	418	435	1.227	2,690011
479	Svendborg	171	177	171	519	3,732792
480	Nordfyns	58	81	70	209	3,060556
482	Langeland	49	56	63	168	5,073957
492	Ærø	24	26	29	79	4,746669
510	Halsnæs	142	141	142	425	3,872639
530	Billund	63	65	72	200	3,322535
540	Sønderborg	226	199	174	599	3,350351
550	Tønder	109	89	96	294	3,182774
561	Esbjerg	323	322	316	961	3,544716
573	Varde	142	130	133	405	3,504969
575	Vejen	102	107	95	304	3,122536
580	Aabenraa	137	151	146	434	3,116607
607	Fredericia	113	124	110	347	2,962052
615	Horsens	207	182	193	582	3,001946
621	Kolding	174	154	169	497	2,400462
630	Vejle	236	243	202	681	2,758671
657	Herning	206	201	205	612	3,085334
661	Holstebro	149	128	148	425	3,216517
665	Lemvig	62	68	64	194	3,859314
671	Struer	50	77	72	199	3,858215
706	Syddjurs	109	107	128	344	3,544044
707	Norddjurs	94	113	119	326	3,592049
710	Favrskov	86	111	122	319	3,078044
727	Odder	53	35	37	125	2,496281
730	Randers	262	274	258	794	3,54762
740	Silkeborg	240	233	242	715	3,529047
741	Samsø	9	17	17	43	4,471481
746	Skanderborg	106	133	124	363	2,85053
751	Aarhus	572	655	678	1.905	2,52806
756	Ikast-Brande	102	89	118	309	3,342582
760	Ringkøbing-Skjern	135	146	155	436	3,28461
766	Hedensted	103	91	108	302	2,91574
773	Morsø	55	55	54	164	3,21739
779	Skive	151	122	150	423	3,789049
787	Thisted	102	108	96	306	2,908116
791	Viborg	219	242	262	723	3,358663
810	Brønderslev	62	66	55	183	2,216207

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Kommunekode	Kommunenavn	2010	2011	2012	Total	Pr. 1000*
813	Frederikshavn	89	85	111	285	1,930718
820	Vesthimmerlands	68	70	58	196	2,229312
840	Rebild	33	39	65	137	2,10414
846	Mariagerfjord	64	71	93	228	2,314078
849	Jammerbugt	59	63	71	193	2,146143
851	Aalborg	330	317	420	1.067	2,210758
860	Hjørring	99	97	130	326	2,094375
<b>Total</b>		12.766	12.972	13.905	39.643	3,031

*\*Baseret på det gennemsnitlige antal hjerneskadepatienter pr. år 2010-2012 og det gennemsnitlige antal voksne (18+) borgere pr. kommune pr. år 2010-2012*

## 2.2 Variabelbeskrivelse

Tabel 58: Variabelbeskrivelse resultatmål

Navn	Definition	Register	Kode
Beskæftigelse	I beskæftigelse mindst én måned fra 12-24 måneder efter hjerneskade indeks udskrivningsdato	DREAM	BRANCHEKODE (måned) er non-missing, og månedlig DREAM er missing I alle ugerne I givet måned _eller_ med koderne 121-123(Feriedagpenge) eller 771 (Fleksjob) i alle ugerne i måneden
Fravær af psykiske komplikationer	Hvis man har mindst én kontakt med en psykolog i SSSY eller modtaget antidepressiv medicin 0-24 måneder efter indeks udskrivningsdato, har man ikke fravær af psykiske komplikationer	SSSY, LMDB	SPEC2 i SSSY==63 ATC4 i LMDB=='N06A'
Fravær af psykiske komplikationer - partner	Partner med mindst én kontakt med en psykolog i SSSY eller modtaget antidepressiv medicin 0-24 måneder efter indeks udskrivningsdato har ikke fravær af psykiske komplikationer	SSSY, LMDB, BEF	Partner identificeret fra BEF. SPEC2 i SSSY==63 ATC4 i LMDB=='N06A'

Tabel 59: Variabelbeskrivelse rammebetingelser på individniveau

Navn	Definition	Register	Kode
Kvartal 2 –kvartal 12	Kvartal af indeks indlæggelse	LPRPOP	År plus kvartal af første hjerneskadeindlæggelse med PATTYPE==0
Tidligere hjerneskadeindlagt	Hjerneskade Indlæggelse 2007-indeks år	LPRPOP	Dummy 1/0 hvis patienten har haft mindst én indlæggelse med hjerneskade diagnosekode og pattype==0, fra Januar 2007 op til indeksindlæggelsesdato
Behov for rehabilitering	Behov for rehabilitering under indlæggelse: hoved funktion	LPRPOP	Dummy 1/0 hvis ehstype_n==1 og 5 <= liggetid <= 28, eller hvis ehstype_n!=1 og 8 <= liggetid <= 28 (ehstype_n defineres nedenfor)
Behov for rehabilitering under indlæggelse	Behov for rehabilitering under indlæggelse: regionsfunktion	LPRPOP	Dummy 1/0 hvis 29 <= liggetid <= 59
Rehabilitering højt specialiseret niveau	Behov for rehabilitering under indlæggelse: højste	LPRPOP	Dummy 1/0 hvis liggetid >= 60
Behov for rehabilitering efter indlæggelsen	Behov for rehabilitering efter indlæggelse	LPRPOP	Dummy 1/0 hvis ehstype_n==1 og liggetid > 3, eller hvis ehstype_n!=1 og liggetid > 4
Type af hjerneskade	Typen af hjerneskade	LPRPOP	if substr(adiag_index_indlæggelse,1,4) in ("DI61", "DI63", "DI64", "DI67", "DI68") and substr(adiag_index_indlæggelse,1,5) not in ("DI674") then ehstype_n=1 (Apopleksi);  if substr(adiag_index_indlæggelse,1,4) in ("DG45", "DG46") or substr(adiag_index_indlæggelse,1,5) in ("DS020", "DS021", "DS027", "DS028", "DS029", "DS061", "DS062", "DS063", "DS064", "DS065", "DS066", "DS067", "DS068", "DS069", "DS070", "DS071", "DS097", "DT020", "DT040", "DT060") then ehstype_n=2 (TBI);  ehstype_n=3 (Andet) adiag_index_indlæggelse= ADIAG til indeks indlæggelse for erhveret hjerneskade
Mand	Dummy: Køn	BEF	KOEN==1 i BEF året af hjerneskade ("ultimo året før")
Partner	Dummy: Partner	BEF	Partner=1 hvis EFALLE eller AEGTE_ID ikke er blanke i BEF året af hjerneskade (dvs. ultimo året før hjerneskaden)
Disponibel Indkomst	Indkomst året før hjerneskade	INDH	Dispon_ny (FPI justeret 2015 priser) i året før hjerneskade kalender år
Alder	Alder i året før hjerneskade	BEF	ALDER i BEF året af hjerneskade (alder ultimo året før)



TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

National oprindelse - Dansk	National oprindelse	BEF	Dummy hvis IE_TYPE==1
Uddannelse	Højeste fuldførte Uddannelse	UDD	L5 af AUDD kode til HF_AUDD i året før hjerneskade kalender år. CAT1=10; CAT2=20, 25; CAT3=35, CAT4=40, 50, 60, 65, 70; CAT5=Missing. CAT1 = REFERENCEGRUPPE
Forbrug af sundhedsydelser	Antal kontakter til sundhedssystem	SSSY, LPRPOP	I kalender år før indeks indlæggelser samling af de følgende: Antal indlæggelser (LPRPOP: pattype==0) Antal ambulante (LPRPOP: pattype==2) Antal skadestue (LPRPOP: pattype==3) Antal GP konsultationer (SSSY: spec2==80, sum KONTAKT >0) Antal Speciale konsultationer (SSSY: spec2!=80, sum KONTAKT>0)
Udskrivning til special læge eller til andet sygehusafsnit	Udskrivningsmåde indeksindlæggelse	LPRPOP	Delt op i kvartiler Gruppering af UDM variabel i LPRPOP til indeks indlæggelse. CAT1=1; CAT2=2; CAT3=A,E; CAT4=F,G,K,L CAT1 = REFERENCEGRUPPE
Parat_foer2	Jobmarkedsparat før hjerneskade	DREAM	Hvis Beskæftigelse før hjerneskade (se Tabel 18) indato og DREAM i måneden før inddato er ikke 783, 781, 783 (Folkepension), 621, 611 (Efterløn), 135, 136, 145, 215, 216, 705, 715, 716, 725, 735, 736, 745, 746, 755, 756, 765, 766, 815, 816, 895, 896 (Løntilskud)
Psykiske komplikationer før	Personen med hjerneskade oplede psykiske komplikationer før hjerneskaden indtraf	SSSY, LMDB, BEF	SPEC2 i SSSY==63 ATC4 i LMDB=='N06A' I perioden 0-24 mdr. inden hjerneskaden
Psykiske komplikationer før hos partner	Partneren oplevede psykiske komplikationer før hjerneskaden indtraf	SSSY, LMDB, BEF	Partner identificeret fra BEF. SPEC2 i SSSY==63 ATC4 i LMDB=='N06A' I perioden 0-24 mdr. inden hjerneskaden

## 2.3 Resultater

### 2.3.1 Deskriptivt

Tablet 60: Deskriptiv statistik for rammebetingelser på individniveau

Label	N	Median	Gennemsnit	Minimum	Maximum	Std Afv
TBI	39.678	0	0,36	0	1	0,48
Apopleksi diagnose	39.678	0	0,52	0	1	0,5
Andre hjerneskader	39.678	0	0,12	0	1	0,33
Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2010	39.678	0	0,08	0	1	0,28
Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2010	39.678	0	0,08	0	1	0,27
Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2010	39.678	0	0,08	0	1	0,27
Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2010	39.678	0	0,08	0	1	0,27
Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2011	39.678	0	0,08	0	1	0,27
Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2011	39.678	0	0,08	0	1	0,27
Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2011	39.678	0	0,08	0	1	0,27
Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2011	39.678	0	0,09	0	1	0,28
Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2012	39.678	0	0,09	0	1	0,28
Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2012	39.678	0	0,09	0	1	0,28
Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2012	39.678	0	0,09	0	1	0,28
Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2012	39.678	0	0,09	0	1	0,28
Dummy: har haft hjerneskade 2007-indeksindato Tidligere haft en hjerneskade	39.678	0	0,07	0	1	0,25
Intet behov for rehabilitering under indlæggelse	39.678	1	0,7	0	1	0,46

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Behov for rehabilitering til hovedfunktion under indlæggelse	39.678	0	0,27	0	1	0,45
Behov for rehabilitering til regionfunktion under indlæggelse	39.678	0	0,02	0	1	0,15
Rehabilitering højt specialiseret niveau under indlæggelse	39.678	0	0,01	0	1	0,08
Behov for rehabilitering efter indlæggelse	39.678	0	0,41	0	1	0,5
Mand	39.678	1	0,55	0	1	0,5
Partner	39.678	1	0,6	0	1	0,5
Disponibel indkomst (i 2015 priser, justeret FPI)	39.678	174.636	196.485	0	406.209	87.651
Alder mellem 18-39	39.678	0	0,06	0	1	0,23
Alder mellem 40-64	39.678	0	0,37	0	1	0,48
Alder 65+	39.678	1	0,58	0	1	0,49
Dansk (1)/indv. eller efterkommer (0)	39.678	1	0,95	0	1	0,22
Højest Fuldførte uddannelsesniveau er folkeskole	39.678	0	0,39	0	1	0,49
Højest Fuldførte uddannelsesniveau er gymnasial uddannelse	39.678	0	0,03	0	1	0,16
Højest Fuldførte uddannelsesniveau er faglært/erhvervsuddannelse	39.678	0	0,36	0	1	0,48

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Højest Fuldførte uddannelsesniveauer videregående uddannelse (kort, mellemlang eller lang)	39.678	0	0,19	0	1	0,39
Højest Fuldførte uddannelsesniveauer missing	39.678	0	0,039	0	1	0,19
Antal alm./spec. kontakter, hospitalskontakt (ambulant, indlagt, skadestue) Forbrug af sundhedsydelser	39.678	14	19,8	0	305	20.1
Udskrivning til almen praksis	39.678	0	0,38	0	1	0,49
Udskrivning til speciallæge	39.678	0	0,00063	0	1	0,03
Udskrivning til andet sygehusafsnit	39.678	0	0,04	0	1	0,19
Udskrivning til andet/hjemmet	39.678	1	0,58	0	1	0,49
Arbejdsmarkedsparat før hjerneskade	39.678	0	0,24	0	1	0,43
Psykiske komplikationer 0-24 måneder før hjerneskade	39.678	0	0,21	0	1	0,4
Partner psykiske komplikationer 0-24 måneder før hjerneskade	39.678	0	0,09	0	1	0,28

Tabel 61: Deskriptiv statistik for kontrolpopulationen

Label	Median	Gennemsnit	Minimum	Maximum	Std Afv
Køn	1	0,55	0	1	0,5
Partner	1	0,63	0	1	0,48
Disponibel indkomst	179.126	197.893	0	399.639	93.385
Dummy: Alder mellem 18-39	0	0,11	0	1	0,31
Dummy: Alder mellem 40-64	0	0,37	0	1	0,48
Dummy: Alder 65+	1	0,52	0	1	0,5
Dansk	1	0,93	0	1	0,25
Folkeskole	0	0,35	0	1	0,48
Gymnasiale	0	0,04	0	1	0,19
Faglært	0	0,35	0	1	0,48
Videregående	0	0,21	0	1	0,41
Missing	0	0	0	0	0

## 2.3.2 Regressionskoefficienter

Tabel 62: Regressionskoefficienter

	Beskæftigelse	Fravær af psykiske komplikationer	Fravær af psykiske komplikationer hos partneren
Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2010	-0.00361 0.0242	-0,00311 0,00974	-0,0144 0,00951
Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2010	0.0153 0.0245	-0,00874 0,00983	0,00335 0,00924
Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2010	0.0189 0.0242	-0,00228 0,00977	-0,00485 0,00908
Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2011	0.0302 0.0245	0,0137 0,00975	-0,00546 0,00931
Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2011	0.0222 0.0242	0,0114 0,00969	0,00347 0,00927
Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2011	0.0144 0.0248	0,0110 0,00960	-0,00433 0,00923
Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2011	0.0232 0.0237	0,0119 0,00946	0,00295 0,00917
Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2012	-0.00997 0.0249	0,00964 0,00962	0,0164 0,00899
Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2012	-0.000991 0.0250	0,00906 0,00951	-0,00285 0,00937
Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2012	-0.00608 0.0247	0,0135 0,00952	0,00569 0,00907
Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2012	0.0174 0.0251	0,0127 0,00941	0,00657 0,00897
Mand	0.0302** 0.0108	0,0254*** 0,00418	-0,0360*** 0,00405
Alder (40-64)	-0.0164 0.0137	0,0173 0,00979	0,0276** 0,0104
Alder (65+)	0.0553* 0.0238	0,0484*** 0,00981	0,0313** 0,0105
National oprindelse - Dansk	0.0387** 0.0119	0,00747 0,00954	-0,000515 0,00991
Partner	-0.0208 0.0302	-0,00899* 0,00457	
Disponibel indkomst (137.514 - 174.636)	0.198*** 0.0252	0,00514 0,00587	0,00205 0,00591
Disponibel indkomst (174.639 - 242.552)	0.266*** 0.0249	-0,00661 0,00594	-0,00391 0,00560
Disponibel indkomst (242.557+)	-0.000387 0.0256	0,0173** 0,00629	0,00588 0,00584
Gymnasiale	0.00884 0.0138	0,00939 0,0124	-0,00510 0,0134

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

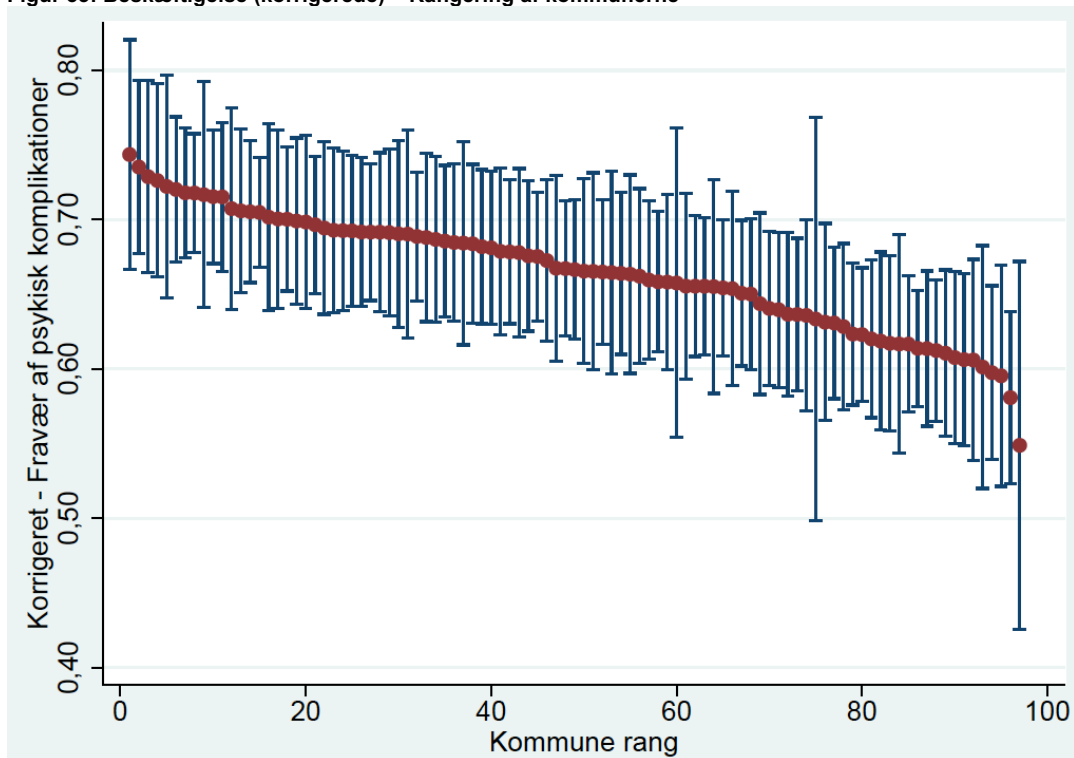
	Beskæftigelse	Fravær af psykiske komplikationer	Fravær af psykiske komplikationer hos partneren
Faglært	0.0299 0.0156	0,000912 0,00475	0,00367 0,00464
Videregående	0.0758 0.0400	0,00662 0,00610	0,00857 0,00572
Missing	-0.0240* 0.0121	0,00543 0,0107	0,0169 0,000233
Forbrug af sundhedsydelse 2	-0.0588*** 0.0149	-0,0122* 0,00551	0,00515 -0,00582
Forbrug af sundhedsydelse 3	-0.0896*** 0.0188	-0,0287*** 0,00580	0,00540 -0,0171*
Forbrug af sundhedsydelse 4	0.00679 0.0270	-0,0591*** 0,00623	0,00587 0,00571
Tidligere haft en hjerneskade	-0.0994*** 0.0198	0,00458 0,00802	0,00814 -0,0130
Rehabilitering hovedfunktionsniveau	-0.381*** 0.0381	-0,0685*** 0,00734	0,00701 -0,0402
Rehabilitering regionsfunktionsniveau	-0.546*** 0.0525	-0,230*** 0,0169	0,0172 -0,101*
Rehabilitering højt specialiseret niveau	-0.119*** 0.0170	-0,415*** 0,0294	0,0336 -0,0114
Behov for rehabilitering efter indlæggelsen	0.0283 0.0148	-0,0320*** 0,00643	0,00614 0,000233
TBI	0.138*** 0.0120	0,0606*** 0,00684	-0,0122 0,00668
Andre hjerneskader	-0.281 0.146	0,0600*** 0,00438	0,00850 0,00432
Udskrivning til speciallæge	-0.0162 0.0330	-0,0647 0,0706	0,00178 0,0737
Udskrivning andet sygehusafsnit	-0.0858*** 0.0115	-0,0234 0,0123	-0,0203 0,0118
Andet/behandling i udlandet	-0.358*** 0.0916	-0,0460*** 0,00429	-0,00628 0,00427
Hjemmehjælp		-0,0318*** 0,00607	-0,0277** 0,00941
Psykiske komplikationer før		-0,589*** 0,00529	-0,675*** 0,00764
Observationer	6940	39678	23706
R <sup>2</sup>	0.202	0,320	0,412

Standardfejl rapporteret i anden række

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

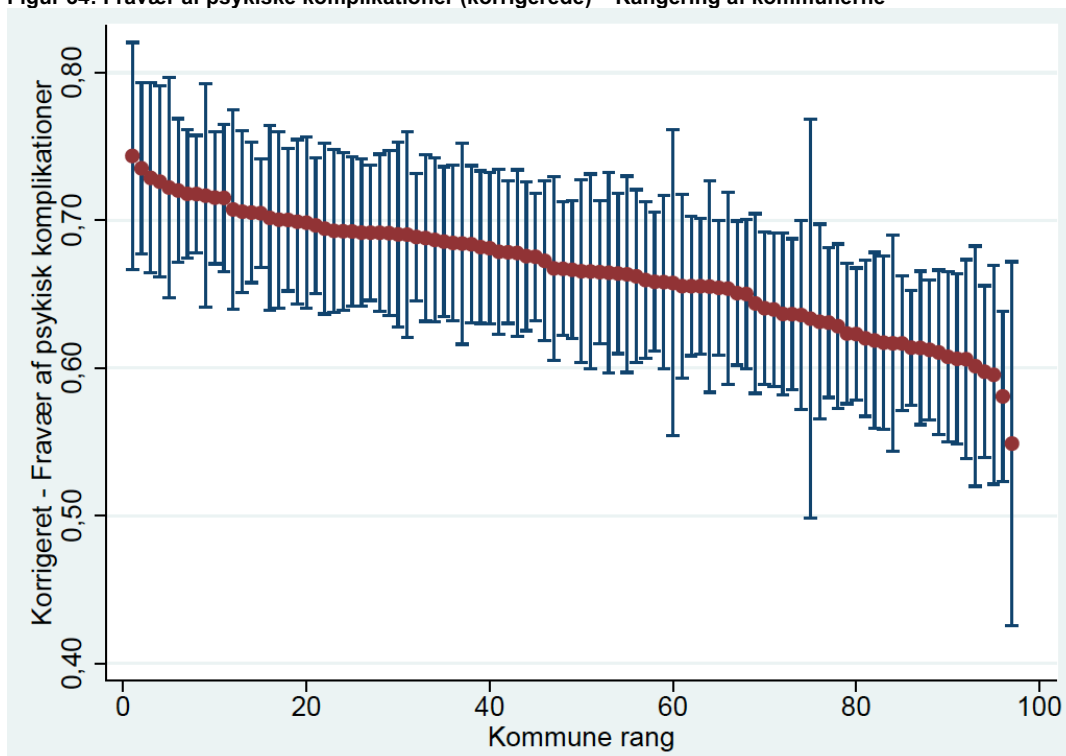
### 2.3.3 De estimerede kommune-specifikke effekter og tilhørende konfidensintervaller

Figur 33: Beskæftigelse (korrigerede) – Rangering af kommunerne

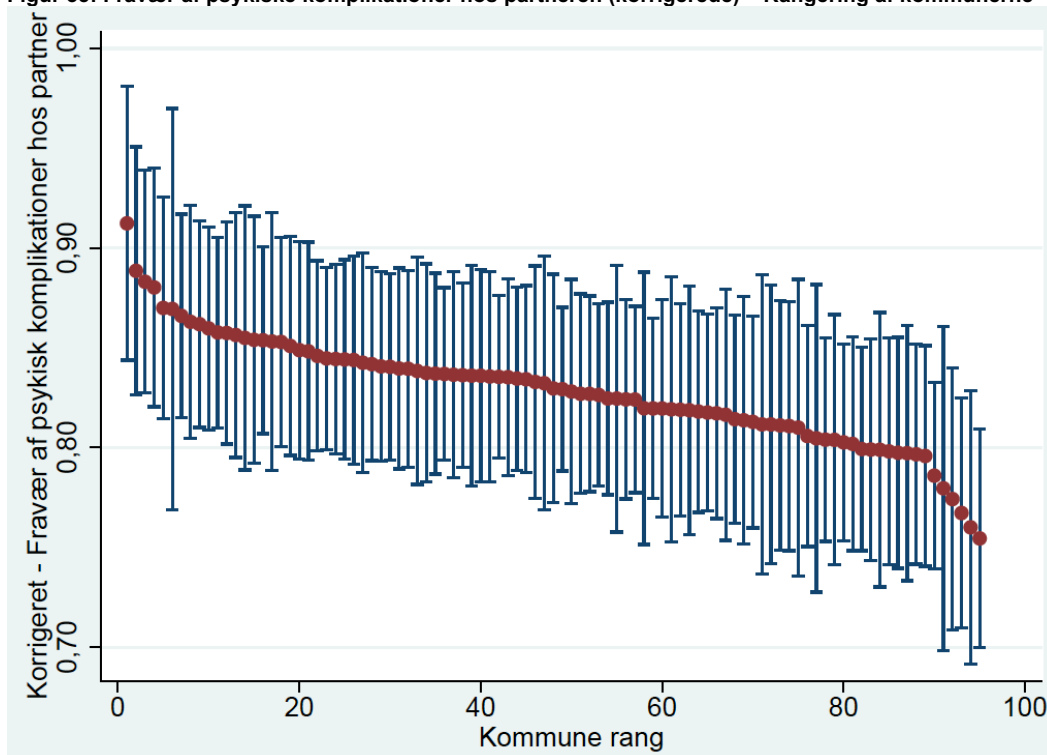




Figur 34: Fravær af psykiske komplikationer (korrigerede) – Rangering af kommunerne



Figur 35: Fravær af psykiske komplikationer hos partneren (korrigerede) – Rangering af kommunerne



# 3 Bilag – Personer i behandling for stofmisbrug

## 3.1 Fordeling af personer i analysepopulationen over kommunerne

Tabel 63: Fordeling af personer i analysepopulationen over kommunerne

Kommunenavn	Antal personer i analysepopulationen	Pr. 1000*
København	2245	1,668289
Århus	1036	1,37484
Odense	941	2,062999
Esbjerg	641	2,364374
Randers	416	1,858703
Aalborg	415	0,859854
Slagelse	385	2,106484
Roskilde	358	1,860165
Vejle	355	1,438074
Herning	354	1,784654
Sønderborg	353	1,974414
Horsens	348	1,794978
Kolding	317	1,531079
Viborg	317	1,472609
Svendborg	291	2,092953
Gladsaxe	275	5,334575
Holbæk	271	1,690187
Aabenraa	263	1,888635
Fredericia	260	2,219405
Silkeborg	250	1,233933
Helsingør	231	1,614459
Haderslev	230	3,136292
Vordingborg	209	1,903903
Guldborgsund	207	1,575702
Hjørring	205	1,317015
Køge	201	1,536468
Kalundborg	198	1,727251
Ringkøbing-Skjern	195	1,469034
Frederiksberg	188	0,760682
Næstved	183	0,962601
Faaborg-Midtfyn	180	1,085585
Hvidovre	175	1,484516

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Frederikshavn	173	1,17198
Holstebro	173	1,309312
Tønder	171	1,851205
Norddjurs	169	1,862136
Skive	160	1,43321
Ballerup	157	1,406309
Thisted	149	1,416044
Høje-Taastrup	141	1,622914
Middelfart	141	1,280392
Rødovre	135	1,555358
Assens	132	1,374495
Varde	132	1,14236
Nyborg	124	1,671705
Skanderborg	123	0,965882
Frederikssund	115	1,12342
Albertslund	114	1,788151
Odsherred	114	1,188271
Tårnby	114	1,429821
Brøndby	112	0,896558
Lyngby-Taarbæk	112	1,39586
Gentofte	108	0,717861
Halsnæs	105	1,222846
Vejen	101	1,037422
Faxe	100	1,220766
Herlev	98	1,569796
Favrskov	93	0,897361
Greve	91	0,953264
Morsø	90	1,765641
Mariagerfjord	86	0,869042
Hillerød	85	0,784922
Bornholm	83	0,824044
Syddjurs	82	0,932671
Vesthimmerlands	82	0,844801
Hedensted	81	0,782036
Rudersdal	80	0,6416
Glostrup	74	1,083642
Nordfyns	74	0,676207
Ringsted	71	0,936265
Fredensborg	67	0,74504
Ikast-Brande	66	0,71395
Ishøj	65	1,360459
Billund	62	1,029986
Odder	59	1,178244
Sorø	59	0,870322

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Egedal	57	0,618595
Kerteminde	55	0,844728
Rebild	55	0,9915
Lolland	51	0,455398
Jammerbugt	50	0,555996
Gribskov	48	0,317613
Stevns	42	0,811265
Brønderslev	41	0,496527
Furesø	36	0,297994
Solrød	35	0,739204
Struer	35	0,678581
Lejre	31	0,510881
<b>Total</b>	<b>17.752</b>	

*\*Baseret på det gennemsnitlige antal personer i behandling for stofmisbrug pr. år 2010-2012 og det gennemsnitlige antal voksen (18+) borgere pr. kommune pr. år 2010-2012*

### 3.2 Variabel definitioner: Resultatmål og baggrundskarakteristika

Tabel 64: Definition af resultatmål

Navn	Definition	Register	Kode
Beskæftigelse	I beskæftigelse mindst én måned fra 12 – 24 måneder efter kontaktforløbets startdato	DREAM	BRANCHE KODE (måned) er non-missing, og månedlig DREAM missing eller lige med 121, 122, 123 eller 771.
Uddannelse	I uddannelse i mindst én måned fra 12 – 24 måneder efter kontaktforløbets startdato	KOTO	Indskrevet i uddannelse I mindst 30 sammenhængende dage målt via uddannelsens start og slut dato (resp. elev_fra and elev_til)
Kriminalitet	Dummy lig med 1 hvis personen har mindst én kriminel dom I 2013	KRAF	Lig med 1 hvis personen optræder I KRAF registeret I 2013 og har begået mindst én kriminel handling med følgende koder for variabelen arg_ger4_kraf: 13, 14, 21, 22, 26, 32, 34 eller 38. Kriminelle handlinger med koderne 341/344 or 351/355 for AFG_AFGTYP3 medtages ikke.

Tabel 65: Definition af baggrundskarakteristika

Navn	Definition	Regist er	Register variabel	Register variabel koder	Tid
Kvartals- dummier	En dummy for hvert kvartal baseret på startdatoen for behandlingen. Det første kvartal i perioden er den udeladte kategori.	VBGS	iværksat behandlingsdato		
Alder	En dummy for hvert aldersinterval (i år) <=19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-58. <=19 er den udeladte kategori.	BEF	alder		år for iværksat behandling
Mand	Dummy hvis mand	BEF	køn	køn = 1	år for iværksat behandling
Dansker	Dummy hvis dansker	BEF	ie_type	ie_type = 1	år for iværksat behandlings
Hjemmeboende barn	Dummy hvis er en person, der er under 25 år, som bor på samme adresse som mindst én af sine forældre, som aldrig har været gift eller registreret partner (civilstand = ugift), og som ikke selv er far eller mor til nogen, der bor eller har boet i Danmark	BEF	plads	plads = 3	. år for iværksat behandlings
Partner	Dummy hvis har	BEF	efalle	mangler ikke	år for

Navn	Definition	Regist er	Register variabel	Register variabel koder	Tid
	partner				iværksat behandling
Uddannelse	En dummy for hver uddannelseskategori. Mindre end gymnasium er den udeladte kategori.	UDDA	hfaudd og audd2015_I1I5_t	Mindre end gymnasium (10, 15) Gymnasium (20, 25) Erhvervsrettet (35) Videregående uddannelse (40, 50, 60, 65, 70) Mangler	år før iværksat behandling, undtagen 2007 = 2007
Arbejdsstatus	En dummy for hver kategori. I arbejde er den udeladte kategori.	IDAP	pstill	I arbejde (1-37) Arbejdsløs (40) Studerende (91) Førtidspensionist (92-94) Kontanthjælp (51,95) Aktivering (45-49, 52-57) Andre udenfor arbejdsstyrken (41-43, 90, 96-99)	År før iværksat behandlingsd ato, undtaget 2007, som er sat til 2007
Disponibel indkomst	Indkomst udtrykt i 2015 priser ved hjælp af prisindekset PRIS61 fra Statistikbanken. Vi laver en dummy for hver kategori, hvor Indkomst <=50.000 er den udeladte kategori.	INDH	dispon_ny	<= 50.000, [50.001,100.000] , [100.001,150.000], [150.001,200.000], >200.000	År før iværksat behandling, undtagen 2007 = 2007
Hvorvidt der var et hospitalsbesøg grundet en af typerne af sygdom i en fem års periode før	En dummy for hver type sygdom	LPRP OP	c_adiag og format variabel ICD10_I1_I3_K. Dette giver os 23 mulige værdier for ICD10 koder	Infektion (1) Lunger (2) Nervesystem (3) Hovedorganer (4) Lymfesystem (5) Blod (7) Fordøjelsessystem (8)	5 år før iværksat behandling

Navn	Definition	Regist er	Register variabel	Register variabel koder	Tid
behandling				Endokrine system (16) Mentalt (17)	
Hvorvidt man er dømt for minimum en type forbrydelse i en fem års periode før iværksat behandlingsdato	En dummy for hver type af forbrydelse. Variablen er lig med 1 hvis individet er i KRAF registeret i det relevante år og blev dømt for minimum en forbrydelse med den relevante 2-cifrede kode for variabelen arg_ger4_kraf. Forbrydelser med koder 341/344 eller 351/355 for variabel AFG_AFGTYP3 er ikke medtaget.	KRAF	afg_ger4 og AFG_AFGTYP3	Sex/voldelig (11, 12) Ejendom (13) Andre strafbare (14) Trafik (21, 22, 26) Stof/skydevåben (32, 34) Speciel lovgivnings forbrydelse (38)	5 år før iværksat behandling
Hovedstof	Vi laver fem dummy variabler, som indikerer hvorvidt individernes hoved stof og/eller stoffer brugt sidste måned er i følgende grupper: 1- Opiater, 2- Centralnervesystem (CNS) stimulerende stoffer, 3- Cannabis og 4- Andre stoffer. Der er også en rest kategori som inkluderer individer, som ikke offentliggjorde	SIB	personaktuelthovedstofkode og dummyerne for hvorvidt specifikke stoffer blev brugt sidste måned (for eksempel alkoholdageindtagetsenestemaaned). Vi bruger samme algoritme som anvendt i SFI (16:34). Altså, observationer i enten kategori 4 eller restkategorien er allokeret sekventielt til de brede kategorier 1 til 3 baseret på værdierne antaget for variabelen "stoffer indtaget sidste måned. For eksempel, hvis "hovedstof" antager værdien 4 og individet har værdien 1 i dummyen "Opiader", bliver han placeret i kategorien 1 til variabelen "hovedstof", uafhængig af værdierne for dummyerne "CNS stimulanter" og "Cannabis". Vi gentager	1- Opiater (heroin, metadon, Buprenorphin og andre opiatere). 2- Centralnervesystem (CNS) stimulerende stoffer (kokain, amfetamin og ecstasy). 3 – Cannabis 4 - Andre stoffer (hallucinogener, alkohol, benzodiazepider, opløsningsmidler og andre stoffer). 5 – Ikke offentliggjort eller manglende.	



TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Navn	Definition	Regist er	Register variabel	Register variabel koder	Tid
	information om deres hovedstof, eller med manglende information for denne variabel. Den udeladte kategori er Andre stoffer.		samme procedure for dummierne "CNS stimulanter" og "Cannabis".		

Tabel 66: Sammenligning af målgruppen af personer i stofmisbrugsbehandling med resten af befolkningen

Kategori	Befolkningen	Analysepopulationen
Mand	0,5	0,76
Har partner	0,63	0,21
Er hjemmeboende	0,046	0,08
Etnicitet dansk	0,89	0,91
Alder: Højest 19 år	0,024	0,09
Alder: 20-24	0,11	0,27
Alder: 25-29	0,1	0,18
Alder: 30-34	0,11	0,14
Alder: 35-39	0,13	0,11
Alder: 40-44	0,14	0,09
Alder: 45-58	0,38	0,13
Uddannelse: Grundskole	0,25	0,71
Uddannelse: Gymnasial	0,11	0,05
Uddannelse: Erhvervsfaglig	0,33	0,17
Uddannelse: Længerevarende	0,29	0,03
Uddannelse: Mangler	0,029	0,05
Indkomst under 50.000	0,044	0,11
Indkomst mellem 50.000 og 100.000	0,088	0,3
Indkomst mellem 100.000 og 150.000	0,12	0,31
Indkomst mellem 150.000 og 200.000	0,17	0,19
Indkomst over 200.000	0,57	0,08
I beskæftigelse	0,78	0,24
Arbejdsløs	0,039	0,06
Studerende	0,041	0,06
Førtidspensionist	0,054	0,15
Overførsel	0,022	0,27
Aktivering	0,021	0,11
Udenfor arbejdsstyrken	0,046	0,12
I beskæftigelse mindst 1 måned i 2013	0,7	0,24
I uddannelse mindst 1 måned i 2013	0,13	0,09
Begået mindst 1 forbrydelse i 2013	0,042	0,30
<b>Observationer</b>	<b>1.428.751</b>	<b>23.844</b>

### 3.3 Resultater fra regressionsanalyserne

Dette afsnit indeholder koefficient estimerne fra regressionsanalyserne, såvel som grafer over de estimerede kommune-specifikke effekter og de tilhørende konfidensintervaller.

#### Koefficient estimerne

Tabel 67: Demografiske baggrundskarakteristika

	Beskæftigelse	Uddannelse	Kriminalitet
Alder: 20-24	-0,0233 <sup>***</sup>	-0,0988 <sup>***</sup>	-0,0626 <sup>***</sup>
Alder: 25-29	-0,0813 <sup>***</sup>	-0,193 <sup>***</sup>	-0,0511 <sup>***</sup>
Alder: 30-34	-0,115 <sup>***</sup>	-0,248 <sup>***</sup>	-0,0419 <sup>**</sup>
Alder: 35-39	-0,134 <sup>***</sup>	-0,270 <sup>***</sup>	-0,0584 <sup>***</sup>
Alder: 40-44	-0,158 <sup>***</sup>	-0,275 <sup>***</sup>	-0,0431 <sup>*</sup>
Alder: 45-58	-0,153 <sup>***</sup>	-0,279 <sup>***</sup>	-0,114 <sup>***</sup>
Uddannelse: Gymnasiel	-0,0285	0,201 <sup>***</sup>	-0,0880 <sup>***</sup>
Uddannelse: Erhvervsfaglig	0,0705 <sup>***</sup>	-0,0183 <sup>**</sup>	-0,0335 <sup>***</sup>
Uddannelse: Længerevarende	0,102 <sup>***</sup>	0,0380 <sup>**</sup>	-0,0473 <sup>**</sup>
Uddannelse: Mangler	0,00360	-0,0302 <sup>**</sup>	0,0476 <sup>**</sup>
Mand	0,0724 <sup>***</sup>	0,0211 <sup>**</sup>	0,0793 <sup>***</sup>
Har en partner	0,0562 <sup>***</sup>	0,00123	0,00188
Etnicitet dansk	0,0329 <sup>***</sup>	0,0116	-0,0390 <sup>**</sup>
Hjemmeboende barn	0,0686 <sup>***</sup>	0,0604 <sup>***</sup>	-0,00615
Observationer	17752	17752	17752

$p < 0.05$ , <sup>\*\*</sup>  $p < 0.01$ , <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0.001$ . Udeladte kategorier: Alder  $\leq 19$ , Uddannelse: Mindre end gymnasium.

Tabel 68: Baggrundskarakteristik vedrørende arbejdsmarkedshistorik og indkomstniveau

	Beskæftigelse	Uddannelse	Kriminalitet
Arbejdsløs	-0,164***	-0,0340**	-0,0149
Studerende	-0,151***	0,105***	-0,0239
Pensionist	-0,323***	-0,0844***	-0,00364
Indkomststøtte	-0,296***	-0,111***	0,00224
Aktivering	-0,265***	-0,0712***	-0,00948
Andre udenfor arbejdsstyrken	-0,210***	-0,0572***	0,0126
Indkomst mellem 50.000 og 100.000	0,0463***	0,0362***	-0,0377**
Indkomst mellem 100.000 og 150.000	0,0847***	0,0000762	-0,0555***
Indkomst mellem 150.000 og 200.000	0,108***	-0,0344**	-0,0657***
Indkomst: mere end 200.000	0,242***	-0,0780***	-0,0640***
Observationer	17752	17752	17752

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ . Udeladte kategorier: I beskæftigelse, Indkomst mindre end 50.000.

Tabel 69: Baggrundskarakteristika dannet af variable fra SIB: boligsituation og type af stofmisbrug

	Beskæftigelse	Uddannelse	Kriminalitet
Bolig: Hos familie/venner	0,00680	0,000159	0,0230
Bolig: Støttet	-0,0378***	-0,0421***	0,0382**
Bolig: Barn udenfor hjemmet <sup>45</sup>	-0,0568***	-0,0168	-0,00286
Bolig: Andre	-0,0291**	-0,00496	0,0291*
Hovedstof: Mangler	0,0345*	0,00444	0,0183
Hovedstof: Opiader	-0,00714	-0,0104	0,0893***
Hovedstof: CNS stimulerende	0,0524**	0,0220	0,0559*
Hovedstof: Cannabis	0,0137	0,00926	-0,0190
Observationer	17752	17752	17752

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ . Udeladte kategorier: Bolig: Selvejet bolig, Hovedstof: Andre.

<sup>45</sup> Betyder at personen er et barn, som bor udenfor hjemmet, fx anbragt, på institution eller på efterskole/højskole; kommer fra SIB

Tabel 70: Baggrundskarakteristika: Kriminalitetsvariable

	Beskæftigelse	Uddannelse	Kriminalitet
Kriminalitet: Stoffer/våben	-0,00218	-0,0177**	0,0749***
Kriminalitet: Sexual/vold	-0,0191**	-0,00789	0,113***
Kriminalitet: Ejendomsforbrydelser	-0,0221***	-0,0112	0,143***
Kriminalitet: Trafikale	0,0247***	-0,0153**	0,0691***
Kriminalitet: Straffe	0,00422	-0,0140	0,0831***
Kriminalitet: Specielle	0,00556	0,00161	0,0938***
Observationer	17752	17752	17752

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Tabel 71: Helbredsvariable

	Beskæftigelse	Uddannelse	Kriminalitet
Helbred: Nervesystemet	-0,0433***	-0,0135	0,0274*
Helbred: Endokrin	-0,0503***	0,00422	-0,0114
Helbred: Psykisk	-0,0284***	-0,00315	0,0156
Observationer	17752	17752	17752

$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

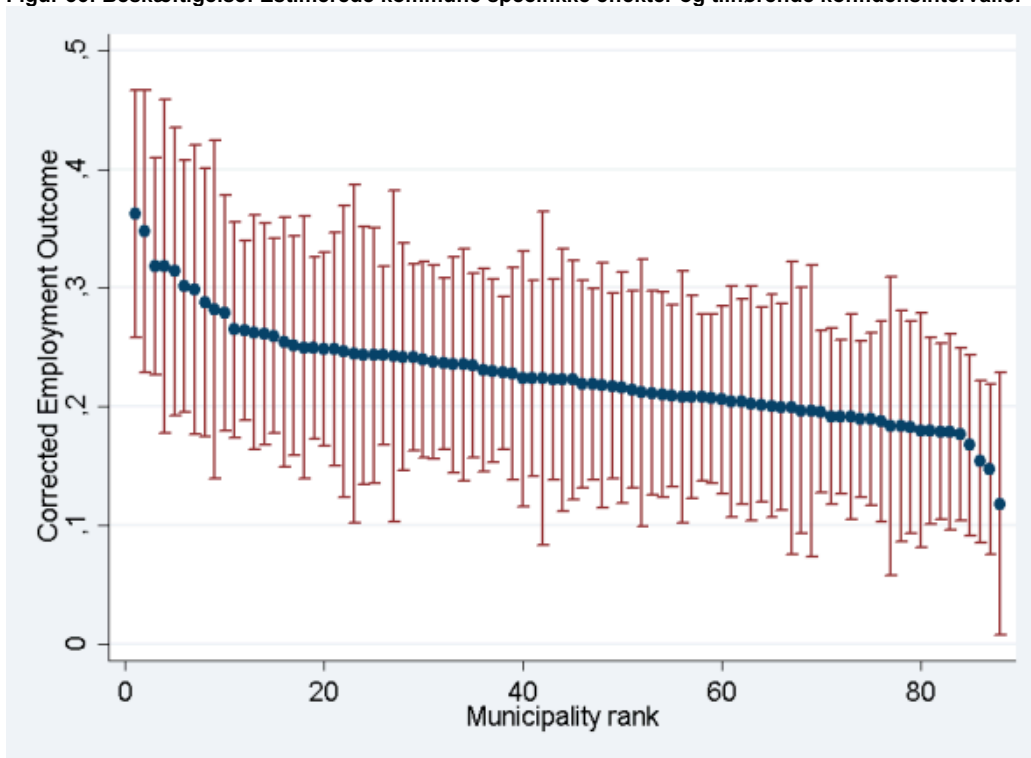
Tabel 72: Tidseffekter

	Beskæftigelse	Uddannelse	Kriminalitet
Kontakt starter i kvartal 2	0,00314	0,00327	0,0607
Kontakt starter i kvartal 3	-0,0159	-0,00615	0,0432
Kontakt starter i kvartal 4	-0,0166	-0,00876	0,0168
Kontakt starter i kvartal 5	-0,00984	0,01000	0,0658
Kontakt starter i kvartal 6	-0,00835	0,0199	0,0544
Kontakt starter i kvartal 7	-0,0497	-0,00454	0,0945*
Kontakt starter i kvartal 8	-0,0296	-0,0102	0,101***
Kontakt starter i kvartal 9	0,0128	0,0213	0,0912*
Kontakt starter i kvartal 10	-0,0189	-0,0131	0,0772*
Kontakt starter i kvartal 11	-0,00474	0,00411	0,0794*
Kontakt starter i kvartal 12	-0,00779	0,00590	0,0975**
Kontakt starter i kvartal 13	0,0215	0,00618	0,116****
Kontakt starter i kvartal 14	0,00982	0,00247	0,0794*
Kontakt starter i kvartal 15	0,0137	0,0209	0,115****
Kontakt starter i kvartal 16	-0,000586	0,0122	0,0916**
Kontakt starter i kvartal 17	0,0461	0,0444*	0,114****
Kontakt starter i kvartal 18	0,00607	0,0283	0,113****
Kontakt starter i kvartal 19	0,0160	0,00138	0,131****
Kontakt starter i kvartal 20	0,0227	0,0218	0,124****
Kontakt starter i kvartal 21	0,0453	0,0396*	0,142****
Kontakt starter i kvartal 22	0,0308	0,0227	0,154****
Kontakt starter i kvartal 23	0,0498	-0,00263	0,151****
Kontakt starter i kvartal 24	0,0388	0,0258	0,139****
<b>Observationer</b>	17752	17752	17752

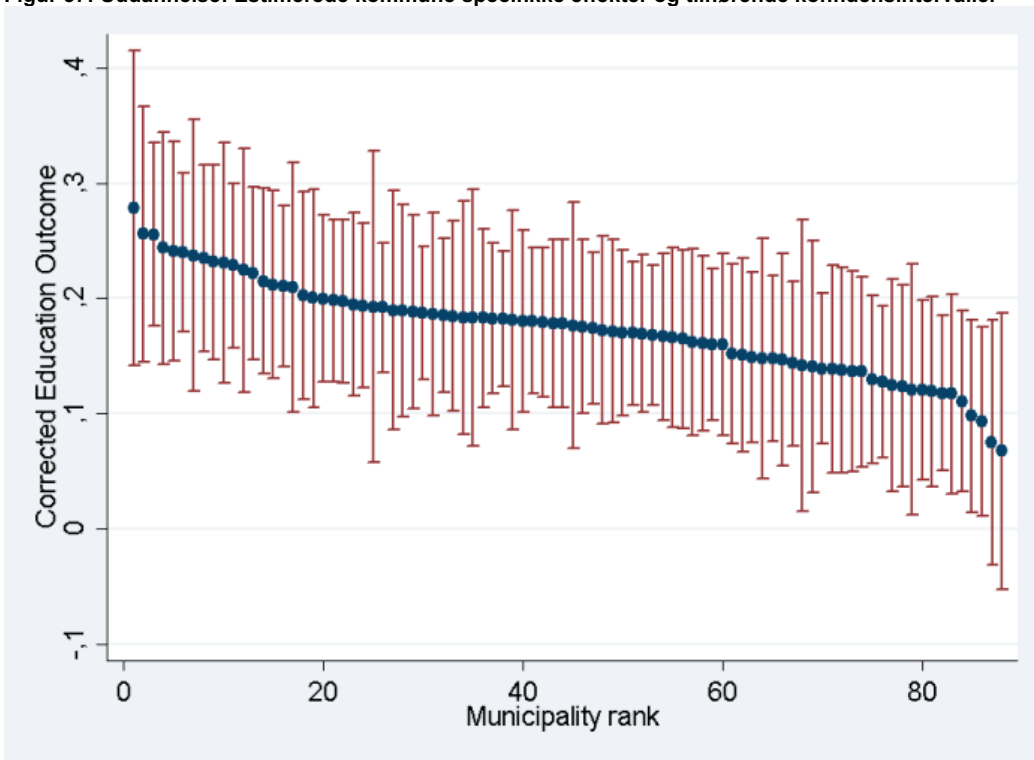
$p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ . Udeladt kategori: Kontakt starter i kvartal 1.

De estimerede kommune-specifikke effekter og tilhørende konfidensintervaller

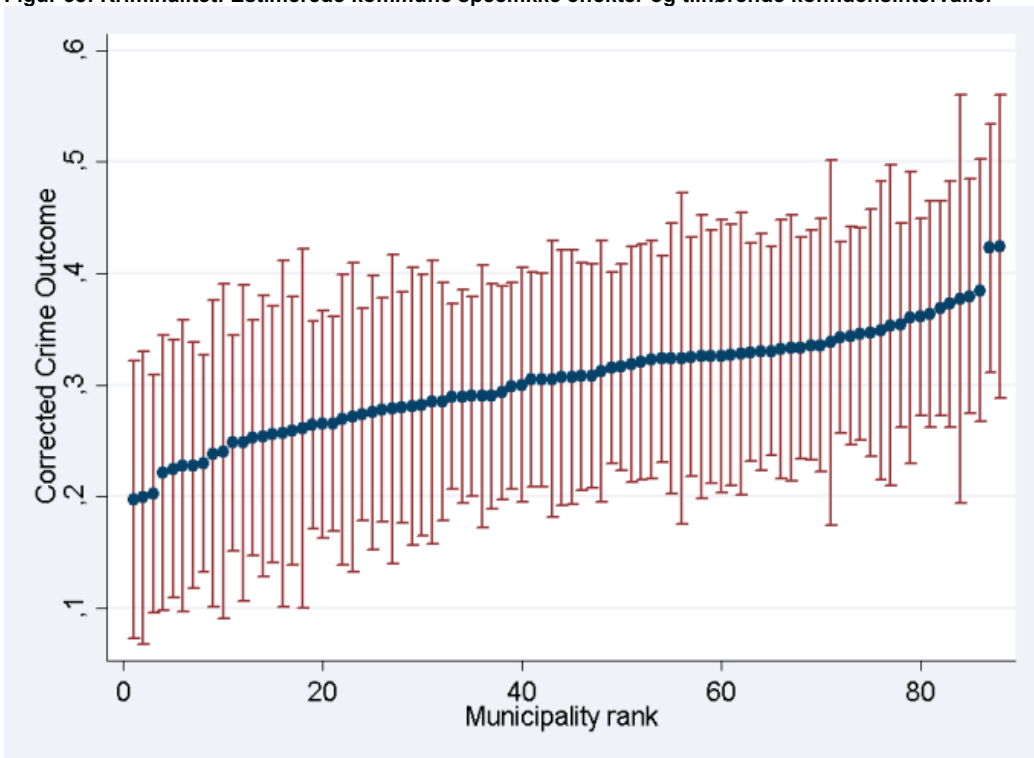
Figur 36: Beskæftigelse: Estimerede kommune specifikke effekter og tilhørende konfidensintervaller



Figur 37: Uddannelse: Estimerede kommune specifikke effekter og tilhørende konfidensintervaller



Figur 38: Kriminalitet: Estimerede kommune specifikke effekter og tilhørende konfidensintervaller





# 4 Bilag – Unge i behandling for psykiske problemer

## 4.1 Fordeling af personer i analysepopulationen over kommuner

Tabel 73: Fordeling af personer i analysepopulationen over kommuner

Kommunenavn	Antal personer i analysepopulationen	Pr. 1000*
København	1061	0,788443
Aarhus	906	1,202321
Odense	611	1,339525
Aalborg	572	1,185148
Esbjerg	478	1,763137
Randers	336	1,50126
Vejle	326	1,320597
Kolding	318	1,535909
Herning	297	1,497295
Viborg	296	1,375054
Silkeborg	292	1,441233
Slagelse	282	1,542931
Roskilde	280	1,454878
Sønderborg	274	1,532548
Horsens	274	1,413287
Holbæk	274	1,708898
Glostrup	256	4,966004
Næstved	250	1,315028
Skanderborg	222	1,743299
Gentofte	214	1,29064
Køge	212	1,620554
Varde	209	1,808737
Aabenraa	208	1,493673
Hjørring	205	1,317015
Halsnæs	204	2,781755
Svendborg	203	1,460033
Helsingør	201	1,404789
Kalundborg	195	1,701081
Fredericia	193	1,647482
Holstebro	187	1,415267
Bornholm	186	1,846653

Kommunenavn	Antal personer i analysepopulationen	Pr. 1000*
Ballerup	183	1,639201
Frederikshavn	181	1,226175
Gribskov	179	1,875101
Odsherred	178	2,232528
Rudersdal	178	1,42756
Høje-Taastrup	177	1,607301
Gladsaxe	177	1,176494
Hillerød	176	1,62525
Assens	167	1,738945
Egedal	164	1,779818
Frederikssund	160	1,563019
Haderslev	159	1,210322
Favrskov	159	1,534197
Vejen	156	1,602354
Faaborg-Midtfyn	153	1,266475
Lolland	152	1,357264
Frederiksberg	150	0,606927
Hedensted	150	1,448215
Fredensborg	150	1,668001
Ikast-Brande	148	1,600978
Middelfart	145	1,668954
Thisted	144	1,368525
Vesthimmerlands	138	1,569618
Hvidovre	137	1,162164
Ringkøbing-Skjern	135	1,017024
Furesø	135	1,572231
Norddjurs	134	1,476486
Nyborg	132	1,779557
Guldborgsund	131	0,866819
Vordingborg	130	1,184246
Sorø	127	1,873405
Faxe	126	1,538166
Syddjurs	126	1,298109
Nordfyns	126	1,84512
Albertslund	125	1,960692
Lyngby-Taarbæk	125	1,000622
Tønder	122	1,320743
Skive	120	1,074908
Jammerbugt	117	1,30103
Lejre	117	1,928164
Tårnby	116	1,209117
Mariagerfjord	115	1,162092

TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

Kommunenavn	Antal personer i analysepopulationen	Pr. 1000*
Allerød	115	2,16493
Rødovre	114	1,313413
Brønderslev	109	1,320036
Kerteminde	107	1,928918
Struer	102	1,977578
Brøndby	100	1,246304
Ringsted	91	1,200001
Solrød	89	1,879689
Odder	86	1,717441
Herlev	83	1,329521
Greve	79	0,721896
Lemvig	77	1,53179
Billund	70	1,162887
Hørsholm	70	1,229672
Rebild	68	1,04439
Ishøj	66	1,381389
Stevns	56	1,081687
Morsø	50	0,980911
Langeland	42	1,268489
Vallensbæk	36	1,096566
Dragør	36	1,137037
<b>Total</b>	17.788	

*\*Baseret på det gennemsnitlige antal unge i behandling for psykiske problemer pr. år 2010-2012 og det gennemsnitlige antal voksen (18+) borgere pr. kommune pr. år 2010-2012*

## 4.2 Variabel definition af resultatmål og baggrundskarakteristika

Tabel 74: Definitioner af resultatmål

Navn	Definition	Register	Kode
Ungdomsuddannelse	I gang med, eller har afsluttet, en (ungdoms)uddannelse i 2013, defineret som alt over grundskolen <sup>46</sup>	KOTO	det udd_kode > 15 og audd_kode = 9999 (igangværende) eller audd_kode < 95 (færdiggjort)
Mindst 2 i dansk	Har fået karakteren mindst 2 ved folkeskolens afgangseksamen i dansk	UDFK	<p>Observationer med prøveform="Prøvefag 2002-2006" slettes.            Bedømmelsesform= "Afgangsprøve" beholdes.            Grundskolefag="Dansk" og fagdisciplinerne retskrivning, læsning, skriftlig, mundtlig.            Karaktergennemsnittet beregnes kun hvis der er en karakter i alle fagdisciplinerne.            Hvis eleven har taget 10. klasses eksamen i dansk anvendes det højeste gennemsnit.</p> <p>Observationer med prøveform="Prøvefag 2002-2006" slettes.            Bedømmelsesform= "Afgangsprøve" beholdes.            Grundskolefag="Matematik" og fagdisciplinerne Matematisk problemløsning og matematiske færdigheder.            Karaktergennemsnittet beregnes kun hvis der er en karakter i alle fagdisciplinerne.            Hvis eleven har taget 10. klasses eksamen i dansk anvendes det højeste gennemsnit.</p>
Mindst 2 i matematik	Har fået karakteren mindst 2 ved folkeskolens afgangseksamen i matematik	UDFK	<p>Observationer med prøveform="Prøvefag 2002-2006" slettes.            Bedømmelsesform= "Afgangsprøve" beholdes.            Grundskolefag="Matematik" og fagdisciplinerne Matematisk problemløsning og matematiske færdigheder.            Karaktergennemsnittet beregnes kun hvis der er en karakter i alle fagdisciplinerne.            Hvis eleven har taget 10. klasses eksamen i dansk anvendes det højeste gennemsnit.</p>

<sup>46</sup> Vi beholder alle, der er startet på en ungdomsuddannelse i år 2013 eller tidligere og dem, der er færdige med en ungdomsuddannelse, før de fylder 16 år.

**Tabel 75: Definition af baggrundskarakteristika**

Navn	Definition	Register	Register variabel	Register variabel koder	Tid
Kohorte	En dummy for hver fødselsårgang: 1994, 1995, 1996.	BEF	FOED_DAG		
Køn	En dummy for barnets køn, =1 hvis dreng	BEF	KOEN	KOEN=1	
Bor med mor og far	Dummy = 1 hvis bopæl med mor og far ved alder 0 år	BEF	FAMILIE_ID	Ens for barn, mor og far	Barnets fødsel
Mor/far alder barnets fødsel	Alder i kategorier	BEF	ALDER	-20 år 21-25 år 26-30 år 31- år	Ved barnets fødsel
Mor/far uddannelse	En dummy for hver uddannelseskategori. Mindre end gymnasium er den udeladte kategori.	UDDA	hfaudd og audd2015_l115_t	Kun grundskole (10, 15) Gymnasial (20, 25) Erhvervsfaglig (35) Videregående uddannelse (40, 50, 60, 65, 70) Mangler	Når barnet er 15 år
Mor/far arbejdsstatus	En dummy om mor/far er i arbejde	IDAP	pstill	I arbejde (1-37)	Når barnet er 15 år
Mor/far disponibel indkomst	Indkomst udtrykt i 2015 priser ved hjælp af prisindekset PRIS61 fra Statistikbanken. Vi laver en dummy for hver kategori.	INDH	dispon_ny	<= 150.000, [150.001,200.000], [200.001,250.000], [250.001,300.000], >300.000	Når barnet er 15 år
Mor kontakt psykiatrisk hospital	Dummy hvis kontakt i 1 år Dummy hvis kontakt mindst 2 år	LPRPSYK	Findes i register		Op til barnet er 15 år
Mor psykolog kontakt	Dummy = 1 hvis kontakt	SSSY			Op til barnet er 15 år

### 4.3 Resultater fra regresionsanalyserne

#### Koefficientestimer

Tabel 76: Koefficientestimer

	Ungdomsuddannelse	Mindst 2 i dansk	Mindst 2 i matematik
Født 1995	-0,0470***	-0,00906	-0,00339
Født 1996	-0,206***	-0,0294***	-0,00276
Dreng	-0,0341***	-0,134***	-0,0653***
Bor med mor og far, 0 år	0,0429**	0,00231	0,0224
Mor udd: gymnasial	0,0721***	0,0944***	0,106***
Mor udd: erhvervsfaglig	0,0451***	0,0904***	0,0869***
Mor udd: videregående	0,0709***	0,131***	0,138***
Mor udd: mangler info	0,0202	0,0857*	0,0983*
Mor – 20 år barns fødsel	-0,0223	-0,0453*	-0,0601**
Mor – 21-25 år barns fødsel	-0,0106	-0,0289**	-0,0207
Mor – 26-30 år barns fødsel	-0,00481	-0,00552	-0,00462
Mor mindst en recept LMDB	-0,0192*	0,0201**	0,0142
Mor disp. indkomst 150-200 (1.000-2015-kr.)	-0,00999	0,00511	-0,000983
Mor disp. indkomst 200-250 (1.000-2015-kr.)	0,0152	0,0558***	0,0537***
Mor disp. indkomst 250-300 (1.000-2015-kr.)	0,0358*	0,0685***	0,0722***
Mor disp. indkomst 300 (1.000-2015-kr.)	0,0593***	0,104***	0,108***
Mor disp. indkomst: mangler info	0,0754	0,0657	-0,0154
Mor psykolog kontakt, SSSY	-0,00341	0,00833	-0,000440
Mor ikke i beskæftigelse	-0,0632***	-0,0359***	-0,0372***
Mor arb.status: mangler info	-0,0472	-0,0261	-0,0252
Mor 1 år kontakt LPRPSYK	-0,00183	0,0232*	0,0139
Mor mindst 2 år kontakt LPRPSYK	0,0356	0,0456**	0,0438*
Far udd: gymnasial	0,0783***	0,0922***	0,124***
Far udd: erhvervsfaglig	0,0439***	0,0507***	0,0727***
Far udd: videregående	0,0594***	0,0765***	0,109***
Far udd: mangler info	0,00147	-0,0159	-0,00976
Far ikke i beskæftigelse	-0,0242*	-0,0287*	-0,0224
Far arb.status: mangler info	-0,00785	0,0274	0,0279
Far disp. indkomst 150-200 (1.000-2015-kr.)	-0,0186	-0,0118	-0,00223
Far disp. indkomst 200-250 (1.000-2015-kr.)	0,0123	0,000765	0,00485
Far disp. indkomst 250-300 (1.000-2015-kr.)	0,0396**	0,0364**	0,0448**
Far disp. indkomst 300 (1.000-2015-kr.)	0,0632***	0,0636***	0,0772***

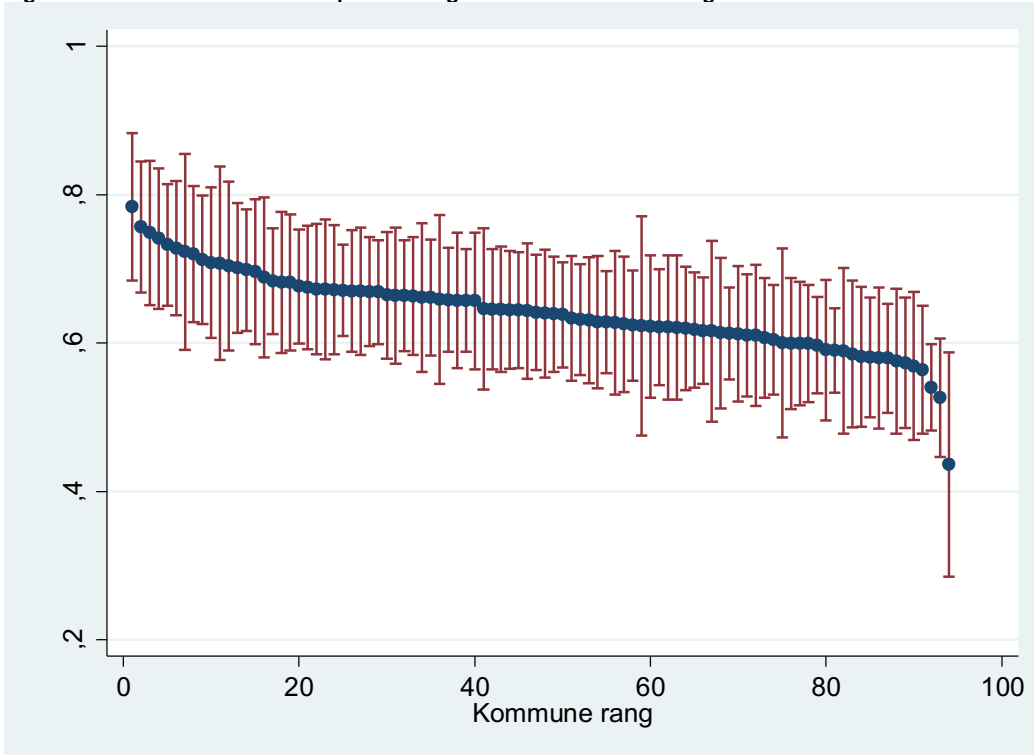
TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

	Ungdomsuddannelse	Mindst 2 i dansk	Mindst 2 i matematik
Far disp. Indkomst: mangler info	-0,00236	0,00331	0,0190
Far mindst en fængselsdom	-0,0515**	-0,0326	-0,0501*
Far alder: mangler info	0,000602	0,0292	0,0444
Far -20 år barns fødsel	-0,0480	-0,00131	0,0156
Far 21-25 år barns fødsel	-0,0467**	-0,0102	-0,00386
Far 26-30 år barns fødsel	-0,0104	0,0107	0,0179*
ID-kilde: LMDB	-0,0576***	-0,115***	-0,115***
ID-kilde: LPRPSYK	-0,136***	-0,179***	-0,177***
ID-kilde: LPRPSYK & LMDB	-0,219***	-0,293***	-0,292***
ID-kilde: LPRPSYK & SSSY	-0,138***	-0,110***	-0,107***
ID-kilde: LPRPSYK, LMDB & SSSY	-0,193***	-0,238***	-0,212***
ID-kilde: SSSY & LMDB	-0,127***	-0,125***	-0,148***
N	17788	17788	17788

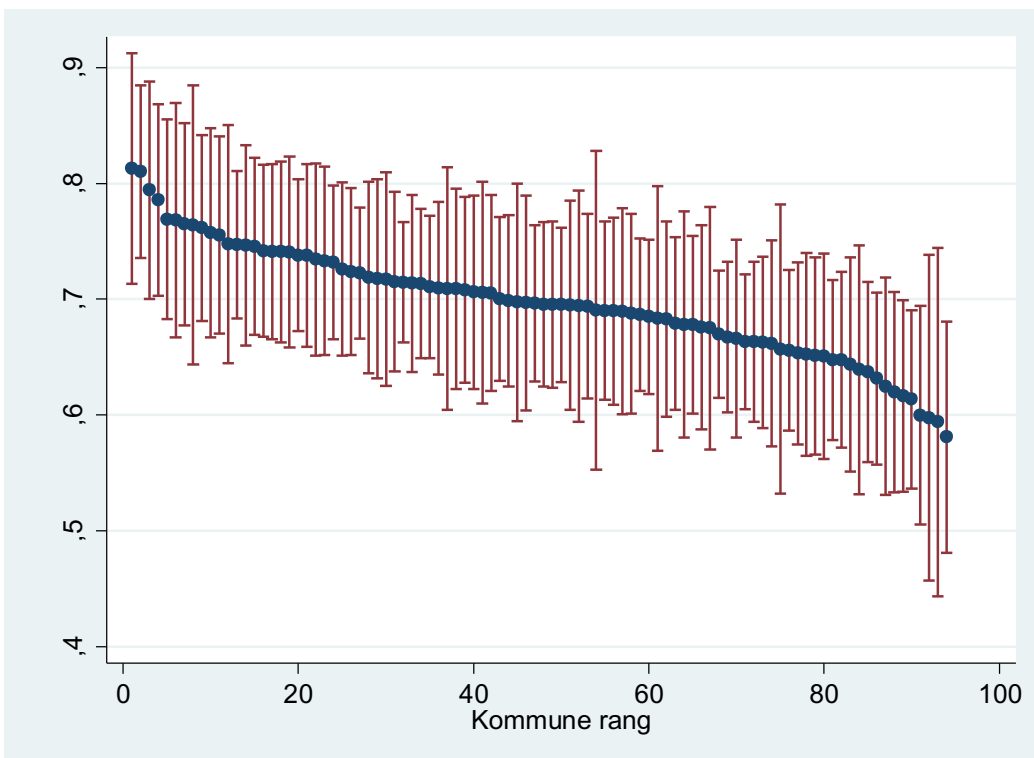
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

## De estimerede kommune-specifikke effekter og tilhørende konfidensintervaller

Figur 39: Konfidensintervallerne på de korrigerede resultatmål for ungdomsuddannelse

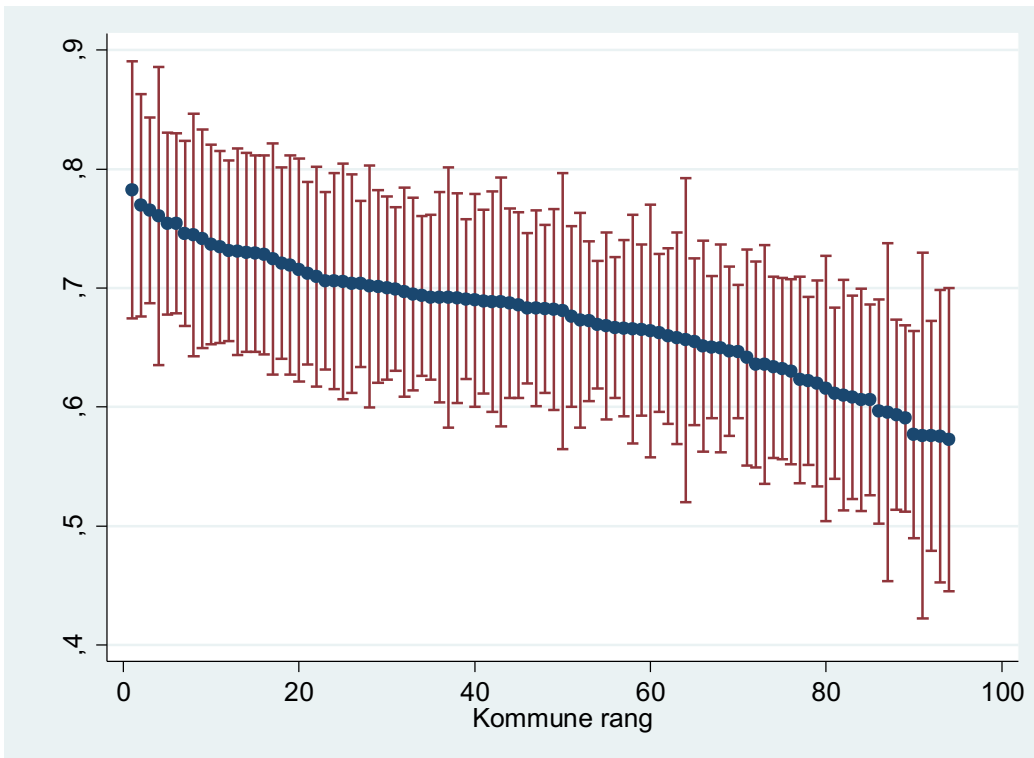


Figur 40 : Konfidensintervallerne på de korrigerede resultatmål for mindst 2 i dansk





Figur 41: Konfidensintervallerne på de korrigerede resultatmål for mindst 2 i matematik



# 5 Bilag ressource, kvalitets og rammevilkår og enhedspriser på kommuneniveau

## 5.1 Data og datakilder<sup>47</sup>

Gennemgående for al det indsamlede data har været et kriterie om, at datakilderne skulle være centralt tilgængelige, dvs. både være offentligt tilgængelige og være landsdækkende.

Det indsamlede resourcedata består derfor af:

- udgiftsdata fra de kommunale regnskaber (Statistikbanken)
- data på antal årsværk for forskellige funktioner, som berører målgrupperne, fra Kommunernes og Regionernes Lønstatistik (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, KRL)
- beløbene fra puljen om styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen).

Det indsamlede data for kommunernes rammebetingelser består af:

- beskæftigelsesfrekvenser, uddannelsesniveauer – og frekvenser, gennemsnitsindkomster og antal dømte i kommunen generelt (fra Statistikbanken)
- sundhedstilstand i kommunen (fra den Nationale Sundhedsprofil)
- afstand til specialiseret genoptræning (afstande via Google Maps) samt
- antal fuldtidspraksis af børnepsykiatere (fra Danske regioner).

Det indsamlede kvalitetsdata består af information om:

---

<sup>47</sup> For flere detaljer kan notatet "Metodenotat til Børne – og Socialministeriet – de eksterne kommunale data (2016)", som er skrevet som en del af opgaven, konsulteres.

- kommunernes kvalitetsstandarder på de relevante områder (fra kommunernes hjemmesider)
- data vedrørende hjemvisninger og ændringer i sager (fra Ankestyrelsen) samt
- data på ventetider til genoptræning (fra Esundhed).

Tabel 77 giver et overblik over de eksterne variabler og deres datakilder, samt hvilke variable, der hører til hvilken målgruppe. Variable for ressourceforbrug er benævnt med I, variable for rammevilkår på kommuneniveau er benævnt med X, og variable for kvalitetsindikatorer er benævnt med Z.

**Tabel 77: Oversigt over eksterne data og relaterede datakilder**

<b>Population</b>	<b>Variabeltype</b>	<b>Variabel</b>	<b>Datakilde</b>
Personer med hjerneskade	X	Borgernes sundhedstilstand i kommunen	Baseret på data fra den Nationale Sundhedsprofil i 2010 og 2013
Personer med hjerneskade	X	Afstand til rehabilitering på højt specialiseret niveau fra kommunen	Afstande hentet fra Google maps
Personer med hjerneskade	X	Gennemsnitsindkomsten i kommunen	Statistikbanken INDKP106
Personer med hjerneskade	Z	Kvalitetsstandard	Kommunernes hjemmeside
Personer med hjerneskade	Z	Ventetid til genoptræning generelt	Esundhed
Personer med hjerneskade	I	Puljemidler – kommunernes styrkede indsats til personer med hjerneskade	Leveret fra Sundhedsstyrelsen
Personer med hjerneskade	I	Udgifter på konto 4.62.82 Genoptræning og vedligeholdelsestræning	De kommunale regnskaber hentet fra Danmarks statistik (REGK31)
Personer med stofmisbrug	X	Beskæftigelsesfrekvens (i alderen 16-64)	Statistikbanken (RAS200)
Personer med stofmisbrug	X	Antal borgere tilmeldt uddannelse	Statistikbanken (UDDAKT10)
Personer med stofmisbrug	X	Antal dømt	Statistikbanken (STRAFNA6)
Personer med stofmisbrug	Z	Kvalitetsstandard	Kommunernes hjemmeside
Personer med stofmisbrug	Z	Antal hjemvisninger og ændringer i sager ud af antal sager totalt	Data fra Ankestyrelsen
Personer med stofmisbrug	I	Udgifter på konto 5.38.45 Stofmisbrugsbehandling	De kommunale regnskaber hentet fra

Population	Variabeltype	Variabel	Datakilde
			Danmarks statistik (REGK31)
Personer med stofmisbrug	I	Antal årsværk socialrådgivere	Kommunernes og regionernes lønstatistik (KRL)
Unge i behandling for psykiske problemer	X	Antal fuldtidspraksis af børnepsykiatere	Danske regioner
Unge i behandling for psykiske problemer	Z	Kvalitetsstandard	Kommunernes hjemmeside
Unge i behandling for psykiske problemer	Z	Antal hjemvisninger og ændringer i sager ud af antal sager totalt	Data fra Ankestyrelsen
Unge i behandling for psykiske problemer	I	Udgifter på konto 5.28.21 Forebyggende Foranstaltninger børn og unge	De kommunale regnskaber hentet fra Danmarks statistik (REGK31)
Unge i behandling for psykiske problemer	I	Antal årsværk socialrådgivere	Kommunernes og regionernes lønstatistik (KRL)
Unge i behandling for psykiske problemer		Antal fuldtidsskolepsykologer	Kommunernes og regionernes lønstatistik (KRL)

## 5.2 Kommunernes ressourceforbrug og beregning af enhedspriserne

Den grundlæggende udfordring ved at knytte ressourcevariablerne til målgrupperne er, at grupperingerne i de kommunale regnskaber og i lønstatistikken sjældent svarer til målgrupperne i analysen. For eksempel kan man fra KRL få oplysninger om antallet af årsværk for socialrådgivere for hver kommune, men der findes ikke oplysninger om, hvordan disse årsværk har været fordelt på forskellige målgrupper – fx kunne én kommune have valgt at bruge en stor andel på én af målgrupperne i denne analyse, mens en anden kommune med det samme antal årsværk have valgt at bruge en stor andel på personer, som ikke falder indenfor én af de tre målgrupper i denne analyse. Disse to kommuner vil således fremstå med det samme ressourceforbrug af socialrådgivere i analysen, men de har ikke nødvendigvis det samme ressourceforbrug for målgruppen, og kan dermed heller ikke forventes at have den samme sammenhæng med resultatmålene for målgruppen. Et andet eksempel er kommunernes udgifter til kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning, som berører målgruppen af personer med hjerneskade: denne gruppering dækker alle former for genoptræning, ikke kun genoptræning til personer med

hjerneskade, men også genoptræning af knæ, hofter etc. Det er derfor ikke muligt at vide, hvad en given kommune reelt har brugt på genoptræningen af den identificerede målgruppe. Dertil må målgruppen af personer med hjerneskade formodes kun at modtage en lille del af disse ressourcer, hvilket gør koblingen endnu mere følsom overfor dette aggregationsniveau.

Der er kun to udgifter, nemlig 1) puljen til genoptræning af personer med hjerneskade og 2) udgifterne til stofmisbrugsbehandling, hvor målgruppen af personer, der modtog indsatser for midlerne stemmer overens med målgrupperne. For ingen af de andre ressourcevariabler er der overensstemmelse mellem grupperingen af ressourcer på kommuneniveau og målgrupperne i analysen. I stedet er der fundet tal på, hvis muligt, hvor mange personer, som har modtaget ressourcerne i hver af de givne grupperinger og herudfra dannet en enhedspris for ydelsen. Efterfølgende ganges denne enhedspris op med antallet af personer fra målgruppen, som med sikkerhed (eller potentielt) har modtaget den pågældende ydelse. Herved konstrueres et estimat for den samlede udgift, som kommunen har anvendt på målgruppen indenfor den givne gruppering. Denne "koblings"-øvelse er selvsagt ikke nøjagtig, men den er det eneste man kan gøre givet det data, der er til rådighed. Dette betyder imidlertid, at man ikke kan forvente en eksakt sammenhæng mellem ressourcemålene og udfaldsmålene for målgrupperne, men at ressourcemålene snarere skal tages som en proxy for det virkelige ressourceforbrug.

Ressourcerne opgøres i form af udgifter per person (enhedspriser) og de totale ressourcer anvendt på målgruppen i perioden. For målgruppen af personer med hjerneskade har det kun været muligt at identificere én relevant datakilde, der kan bruges som enhed, nemlig antallet af genoptræningsplaner i kommunen, så man er nødt til at udregne enhedsprisen per genoptræningsplan. For de unge med psykiske problemer og stofmisbrugerne har man information om antallet af personer, der har fået del i ressourcerne. Alle ressourcevariable er aggregeret for årene 2010-12. Dette er gjort for at mindske betydningen af tilfældige udsving over årene. Alle enhedspriser er således beregnet som ressourceforbruget i de tre år 2010-12, som analysen betragter, i forhold til det totale antal personer (i et enkelt tilfælde antal behandlinger), der fik del i

ressourcerne i de tre år 2010-12. En gennemsnitlig årlig enhedspris opnås derefter ved at dividere med tre.

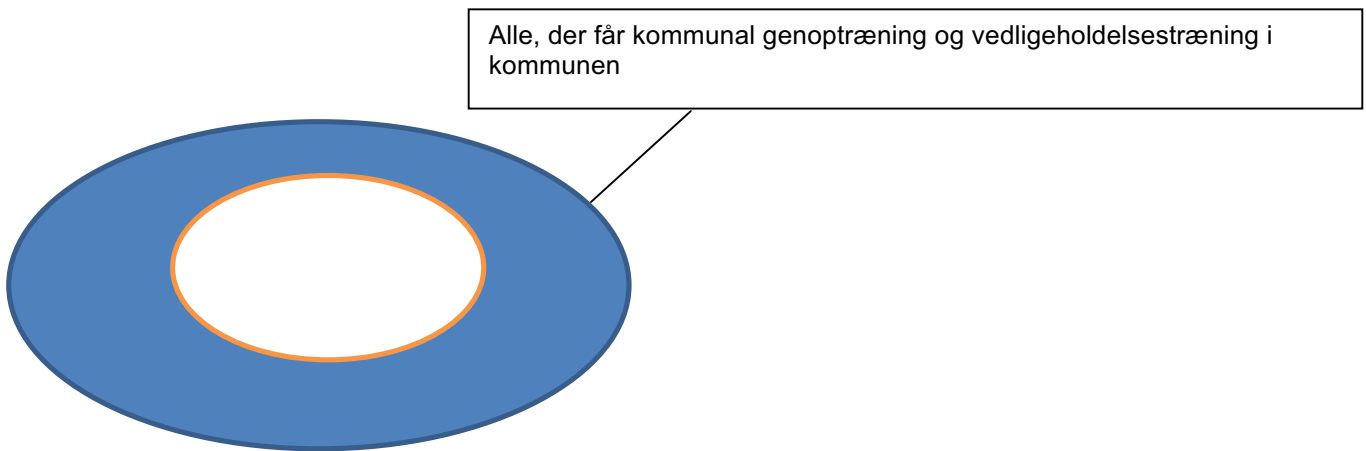
For ressourcemålene hentet fra de kommunale regnskaber konstrueres alle variabler både med og uden statstilskud. Statstilskud kan bl.a. være ekstra midler, som kommunerne har opnået til særlige indsatser på området via satspuljemidler. Der kan imidlertid være nogle kommuner, som registrerer deres statstilskud i regnskaberne på den generelle hovedkonto i stedet for på kontoen mærket statstilskud, og det er umuligt at vide, hvilke kommuner, der eventuelt kan have bogført på denne måde. Som udgangspunkt vurderes det, at statstilskud skal regnes med til kommunens ressourcer på området, men som et robusthedstjek for at gardere analysen mod målefejl er alle analyser foretaget både med ressourcevariabler, der medregner og ikke medregner statstilskud. Statstilskuddene er lig med nul eller meget lave i forhold til det ordinære ressourceforbrug, for størstedelen af kommunerne.

Alle udgifter er omregnet til 2015-priser (via forbrugerprisindeks PRIS112 fra Statistikbanken). En detaljeret beskrivelse af beregningen af enhedspriser for de tre målgrupper gennemgås i de næste tre afsnit.

### **5.2.1 Personer med hjerneskade**

Den eneste konto i de kommunale regnskaber, som med en vis sikkerhed kan siges at vedrøre personer med hjerneskade, er udgifterne til kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning (konto 4.62.82 i REGK31 i Statistikbanken). Denne konto dækker imidlertid en meget større gruppe end målgruppen af personer med hjerneskade, idet den som nævnt indeholder udgifter til al genoptræning og vedligeholdelsestræning. Udfordringen her er derfor, at vi ikke på nogen måde kan se, hvilken andel af en given kommunes genoptræningsudgifter er tilkommet personer med hjerneskade i kommunen. Dette er illustreret nedenfor:

Figur 42: Genoptræningsudgifter fordelt på personer med genoptræningsplaner



Vi har fundet det totale antal af genoptræningsplaner for hver kommune for hvert af de tre år 2010-12 (kilde: e-sundhed.dk). Vi beregner herudfra en enhedspris for genoptræning ved at dividere udgifterne anvendt på genoptræning med antallet af genoptræningsplaner. Hvis man formoder, at den samme person ikke får mere end en genoptræningsplan i perioden, svarer dette til at dividere med antallet af personer. Denne enhedspris er brugt som en gennemsnitsomkostning for personer med hjerneskade, selvom den reelle omkostning til genoptræning for personer med hjerneskade vil være lavere, da det ikke er alle der får en genoptræningsplan.<sup>48</sup> Den gennemsnitlige enhedspris per genoptræningsplan per år for alle kommunerne er beregnet til at være 3.750 kr. (med en standardafvigelse på 1.760 kr.), når statstilskud medregnes.

Vi medtager endnu en ressource for målgruppen af personer med hjerneskade, nemlig de beløb, kommunerne modtog af puljen til genoptræning af personer med hjerneskade i forbindelse med forløbsprogrammet (hvor vi medtager halvdelen af beløbet, som er den andel, der berører årene 2011-12). Disse midler er med sikkerhed givet specifikt til genoptræning af personer med hjerneskade. Vi finder derfor det totale antal personer med hjerneskade i hver kommune sammenlagt i årene 2011-12 og dividerer hver kommunes puljemidler med dette antal af personer for at opnå kommunale enhedsudgifter per hjerneskadet. Populationen af personer med hjerneskade i hver kommune bestemmes ud fra Landspatientregisteret ud fra følgende kriterier: ud

<sup>48</sup> Data indeholder ikke direkte information om hvem der har fået en genoptræningsplan.

af det samlede antal, der får en hjerneskade i årene 2010-12 ekskluderes de, der dør i perioden mellem hjerneskaden og op til 2013, de der fraflytter kommunen samt de, for hvem relevant information (hovedsageligt om bopælskommune) fra BEF mangler.<sup>49</sup> Det resterende totale antal hjerneskadepatienter er 39.692 og udvælgelsen er angivet i tabellen nedenfor:

**Tabel 78: Antallet af hjerneskadepatienter brugt i beregning af enhedspris**

<b>Antallet af hjerneskadepatienter brugt i beregning af enhedspris</b>	
Antal hjerneskadepatienter 2010-2012	<b>57.644</b>
Antal døde op til ultimo 2013	16.380
Antal fraflyttet kommunen op til ultimo 2013	1.445
Antal for hvem information fra BEF mangler	127
<b>Total</b>	<b>39.692</b>

Enhedsprisen for disse puljemidler er 1.070 kr. (med en standardafvigelse på 370 kr.).

### 5.2.2 Personer i stofmisbrugsbehandling

Målgruppen af personer med stofmisbrug er den eneste af de tre målgrupper i vores analyse, for hvem grupperingen i kontoplanen stemmer overens med målgruppen: de kommunale regnskaber angiver hver kommunes ressourceforbrug på stofmisbrugsbehandling af voksne (18 år eller derover) ifølge paragraf 101 i Serviceloven og paragraf 142 i Sundhedsloven (konto 5.38.45 i REGK31), og VBGS databasen angiver (i princippet) alle personer i stofmisbrugsbehandling per handlekommune.<sup>50</sup>

Med udgangspunkt i VBGS databasen kan vi således finde antallet af personer, som har modtaget stofmisbrugsbehandling i årene 2010-12. Bemærk, at dette er det samlede antal, som har

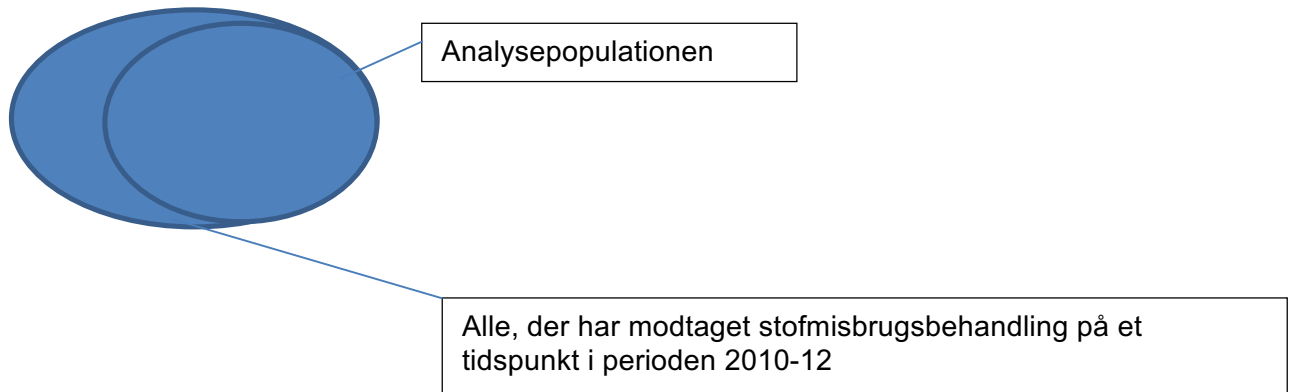
<sup>49</sup> Det skal bemærkes, at det totale antal personer med hjerneskade i tabellen er forskelligt fra antallene i analysepopulationerne, da vi i analysepopulationerne betinger på en række kriterier, som er nødvendige for at kunne gennemføre analysen, se også afsnit 5.2.

<sup>50</sup> Vi siger "i princippet" eftersom der lader til at være en del målefejl i forbindelse med, at borgere flytter kommune.



modtaget behandling i årene 2010-12, hvilket er større end det antal, der indgår i analysepopulationen:

**Figur 43: Modtagere af stofmisbrugsbehandling i forhold til analysepopulationen**



Tabellen nedenfor beskriver, hvordan vi udvælger alle, der har modtaget stofmisbrugsbehandling på et tidspunkt i perioden 2010-12 fra den rå VBGS database. Som altid udelukker vi personer, der startede behandling før 1. januar 2007 (selvom deres behandling er registreret som værende fortsat ind i perioden 2010-12), vi udelukker naturligvis personer, der ikke modtog behandling i 2010-12 (da disse ikke har haft del i ressourcer, der blev anvendt i 2010-12) og endvidere er vi nødt til at udelukke personer, for hvem startdatoen for behandlingsforløbet mangler eller for hvem der ikke findes en alder (eller fødselsdato) i Befolkningsregisteret. Vi udelukker alle under 18 år (idet hovedkontoen 5.38.45 udelukkende angiver ressourcer anvendt på voksne), og sluttelig udelukker vi naturligvis også individer fra de kommuner, der slet ikke indgår i analysen grundet for små antal af stofmisbrugere (dette er 10 kommuner). Dette giver os 20.187 personer med i alt 26.297 kontaktforløb:<sup>51,52</sup>

<sup>51</sup> Som man kan se af tabellen, er der 887 personer, som modtager stofmisbrugsbehandling og er under 18 år igennem hele behandlingsforløbet. Der er ydermere 434 personer, som fylder 18 år undervejs i deres behandlingsforløb. Disse 434 personer er medtaget i opgørelsen af antallet af voksne personer, der har modtaget stofmisbrugsbehandling.

<sup>52</sup> En del personer optræder med et kontaktforløb på samme tid i flere forskellige kommuner. Dette kan fx ske ved at en person flytter opholdskommune og den fraflyttende kommune ikke får lukket kontaktforløbet, mens den tilflyttende kommune åbner et kontaktforløb. Den fraflyttede og tilflyttede kommunes kontaktforløb kan både lappe fuldstændigt over (hvis den fraflyttede kommune ikke lukker

**Tabel 79: Antallet af personer hhv. Kontakter, der modtager ressourcer til stofmisbrugsbehandling**

Beskrivelse	Kontaktforløb	Antal personer
<b>Antal i den rå VBGS database</b>	52.891	35.423
<b>Udvælgelseskriterier</b>		
Mangler start dato	1.281	571
Starter kontaktforløb før 1. Januar 2007	6.190	4.582
Er ikke i behandling i perioden 2010-12	17.602	8.883
Alder og/eller fødselsdato mangler i BEF	175	173
Er under 18 år igennem hele kontaktforløbet	1.110	887
Kommuner, som ikke er med i analysen	236	140
<b>Antallet af personer (kontakter), der modtager ressourcer fra konto 5.38.45 i perioden 2010-12</b>	26.297	20.187

Gennemsnittet af (og standardafvigelse på) enhedspriserne per person per år over de 88 kommuner er 42.100 (31.300).

#### Andre enhedspriser

Når man skal beregne en enhedspris for stofmisbrugsbehandling kan vi, fordi vi har mere information om personernes behandlingsforløb end for de andre to målgrupper, vælge at beregne en enhedspris enten per person, per kontaktforløb eller per dag. Vi har beregnet alle enhedspriser: en enhedspris per person, en enhedspris per kontaktforløb og en enhedspris per kontaktdag, selvom vi af de førnævnte årsager vælger kun at benytte enhedspriserne udregnet per person per år i benchmarkinganalysen.<sup>53,54</sup>

kontaktforløbet og den tilflyttede kommune opretter kontaktforløbet med den oprindelige startdato), eller kun lappe delvist over (hvis den fraflyttede kommune på et tidspunkt lukker kontaktforløbet og den tilflyttede kommune opretter det med enten den oprindelige startdato eller den dato, hvor personen er overflyttet til kommune). Vi kan ikke vide, hvor personen i sandhed hørte til, så vi tæller personen med én gang i hver af de kommuner, personen har et registreret kontaktforløb i.

<sup>53</sup> Ved opgørelsen af antallet af kontaktdage for de, der fylder 18 år under et kontaktforløb, medtager vi kun de dage i forløbet, hvor personen er fyldt 18 år. Hvis en person fx er i behandling 120 dage og fylder 18 år 30 dage inde i kontaktforløbet, medregner vi kun 90 af dagene. Dette gør sig gældende for de 434 personer nævnt i fodnote 6, med i alt 444 kontaktforløb.

Slutteligt skal det bemærkes som en sidebemærkning, at der findes underkonti i REGK53, der angiver, hvilken type stofmisbrugsbehandling, der er givet, fx dag – eller døgnbehandling.<sup>55</sup> Endvidere indeholder VBGS information om (via et ekstra datasæt TILBUD), om behandlingen var en ambulatorisk/dagbehandling eller en døgnbehandling. Man ville derfor i princippet kunne beregne en enhedspris for dagbehandling og en enhedspris for døgnbehandling, hvor baggrunden for denne opdeling er, at man ville forvente, at disse to typer behandlinger har meget forskellige udgifter. Dette blev forsøgt, men ved nærmere eftersyn viser det sig, at en stor andel af kommunerne bogfører en stor andel (nogle gange op til 90 pct.) af deres udgifter på underkontoen ”uautoriserede grupperinger” og dermed en meget lille andel delt op på dag – eller døgnbehandling, og vi vurderer derfor, at det ville introducere for store målefejl, som kunne være systematisk forskellige på tværs af kommunerne, at benytte underkontiene.<sup>56</sup>

### 5.2.3 Unge i behandling for psykiske problemer

Den udgift i de kommunale regnskaber, der berører gruppen af unge med psykiske problemer, er udgiften til forebyggende foranstaltninger for børn og unge (konto 5.21.28 i REGK31 i

---

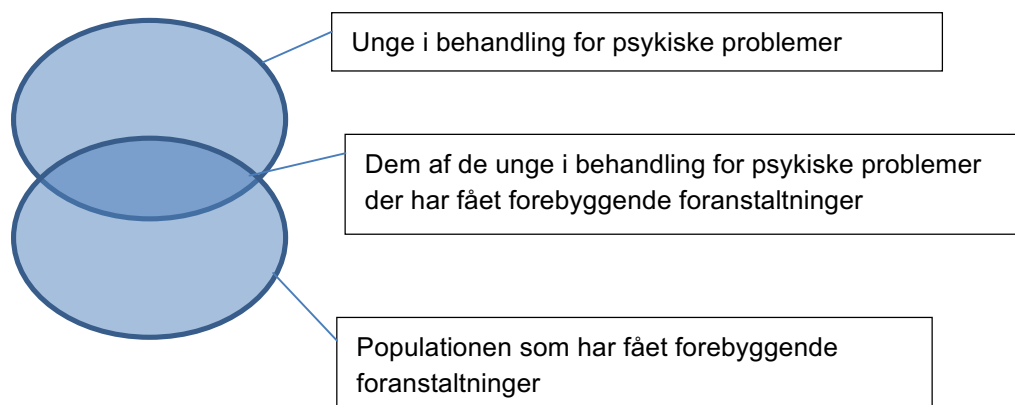
<sup>54</sup> En del personer optræder med et kontaktførløb på samme tid i flere forskellige kommuner. Dette kan fx ske ved at en person flytter opholdskommune og den fraflyttede kommune ikke får lukket kontaktførløbet, mens den tilflyttede kommune åbner et kontaktførløb. Den fraflyttede og tilflyttede kommunes kontaktførløb kan både lappe fuldstændigt over (hvis den fraflyttede kommune ikke lukker kontaktførløbet og den tilflyttede kommune opretter kontaktførløbet med den oprindelige startdato), eller kun lappe delvist over (hvis den fraflyttede kommune på et tidspunkt lukker kontaktførløbet og den tilflyttede kommune opretter det med enten den oprindelige startdato eller den dato, hvor personen er overflyttet til kommune). Vi kan ikke vide, hvor personen i sandhed hørte til, så vi fordeler derfor alle overlap fuldstændig ligeligt imellem kommuner: hvis fx en person har et overlap på 50 dage mellem 2 kommuner, tildeler vi hver kommune 25 dage. Hvis en person har et overlap mellem 3 kommuner på 120 dage, tildeler vi hver af de 3 kommuner 40 dage. Sådanne overlap gør sig gældende for 914 personer, som sammenlagt har 2061 kontaktførløb.

<sup>55</sup> Underkontiene er: 5.45.001 (dagbehandling til individer 18 år eller derover), 5.45.002 (døgnbehandling til individer 18 år eller derover), 5.45.003 (dagbehandling til individer under 18 år), 5.45.004 (døgnbehandling til individer under 18), 5.45.092 (Egenbetaling), 5.45.200 (Ledelse og administration) og 5.45.999 (summering af uautoriserede grupperinger).

<sup>56</sup> I Socialpolitisk Redegørelse (2016) uddeles undergrupperingerne Ledelse og administration og Uautoriserede grupperinger på de resterende undergrupperinger i henhold til disses andel af den samlede udgift: hvis fx der er anvendt 80 pct. af midlerne på dagbehandling og 20 pct. på døgnbehandling til individer over 18 år (og ingen til individer under 18 år), fordeles summen af Ledelse og administration og Uautoriserede grupperinger i samme forhold, nemlig forholdet 80 pct. til dagbehandling og 20 pct. til døgnbehandling. Socialpolitisk Redegørelse (2016) betragter imidlertid udgifterne på landsplan, hvorimod denne analyse benytter udgifterne på kommunalt niveau. Hvis forskellige kommuner bogfører forskelligt, vil disse forskelle blive udjævnet, når man regner på tallene på landsplan, hvorimod de på det kommunale plan vil kunne udgøre en stor kilde til skævvridning kommunerne imellem. Vi har derfor valgt kun at benytte hovedkontoen for stofmisbrugsbehandling.

Statistikbanken). Igen er det ikke hele målgruppen, der bliver berørt af denne ressource i årene 2010-12; kun ca. 17 pct. af unge med psykiske problemer modtager forebyggende foranstaltninger i perioden 2010-12. Dette er illustreret i figuren nedenfor:

**Figur 44: Modtagere af forebyggende foranstaltninger og analysepopulationen**



For at beregne en enhedspris for forebyggende foranstaltninger per person er vi nødt til at have det totale antal børn og unge, der modtog forebyggende foranstaltninger i perioden, for hver kommune. Tabel BU01A i Statistikbanken angiver antallet af børn og unge i alderen 0-22 år, som har modtaget forebyggende foranstaltninger i årene 2011-12, for hver kommune.<sup>57,58</sup> Ved at dividere kommunernes udgifter til forebyggende foranstaltninger i årene 2011-12 med disse antal per kommune, får vi en kommunal enhedspris for forebyggende foranstaltninger. Ved at dividere med 2 får vi en gennemsnitlig årlig enhedspris. Den gennemsnitlige enhedspris over kommunerne (når statstilskud medregnes) er beregnet til at være 139.400 kr., med en standardafvigelse på 58.100 kr. De beregnede enhedspriser for alle kommunerne er afbildet i histogrammet nedenfor:

<sup>57</sup> Statistikbankens opgørelser af antal fra BUFO går ikke længere tilbage end til 2011. Eftersom man både skal bruge fuld population i BUFO og også have hele denne population i BEF (for både at kunne lave aldersbegrænsningen 0-22 år og for at kunne allokere personerne til bopælskommune) kan vi ikke finde antallet for 2010, eftersom vi ikke har den fulde BUFO-population på projektet.

<sup>58</sup> Kontoen for forebyggende foranstaltninger (5.28.21 i REGK31 i Statistikbanken) indeholder 15 forskellige underkonti (fx 5.21.002 Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet, 5.21.007 Fast kontaktperson for barnet eller den unge, etc.), hvor vi i princippet kan identificere i BUFO, hvilke børn unge, der har fået hvilke foranstaltninger. Vi benytter imidlertid kun hovedkontoen, eftersom der kan være stor forskel på kommunernes rapporteringspraksis på underkontiene og en opdeling i underkonti ville derfor være behæftet med for store målefejl på tværs af kommunerne.

For at beregne det totale beløb hver kommune har brugt på forebyggende foranstaltninger for vores målgruppe ganger vi disse enhedspriser op med antallet af børn og unge fra målgruppen, som får forebyggende foranstaltninger i årene 2010-12. Dette er naturligvis under antagelse af, at den gennemsnitlige enhedspris for 2011-12 også kan udstrækkes til året 2010.

Fra KRL har vi endvidere antal årsværk i hver kommune for socialrådgivere. Socialrådgivere vedrører unge i behandling for psykiske problemer og personer i stofmisbrugsbehandling bredt; fx skal der en socialrådgiver ind over processen, hvis der påbegyndes en PPR-undersøgelse i skolen. Ligeledes er der socialrådgivere inde over den sociale del af stofmisbrugsbehandlingen.

### **5.3 Kommunens organisering af indsatsen (kvalitetsvariabler)**

Kvalitet er både vanskeligt at definere og at måle. Det har derfor kun været muligt at indsamle ganske få mål for kvalitet.

For alle tre målgrupper har vi indsamlet kvalitetsstandarder for de respektive områder, som berører målgrupperne.

Rationalet i at bruge kvalitetsstandard som kvalitetsmål er, at kommuner, der har gennemgået en proces med at nedskrive en kvalitetsstandard, har gjort et grundigt arbejde med at gennemtænke organiseringen af deres services på området, hvilket kan fortolkes som et tegn på højere kvalitet. En række kommuner, vi har haft kontakt til<sup>59</sup>, har peget på, at kvalitetsstandarderne er et tydeligt udtryk for prioritering af 'kvalitet' i den kommunale styringspraksis- en kvalitet som også KORA er enig i fungerer som et væsentligt styringsredskab i den kommunale forvaltning. KORA (KORA har i februar 2016 udgivet rapporten 'Styring med standarder - Undersøgelse af kommunernes brug af kvalitetsstandarder på socialområdet'<sup>60</sup>) konkluderer, at der er forskelle i kommunernes udformning

<sup>59</sup> Lyngby-Taarbæk, Viborg og Furesø kommuner.

<sup>60</sup> <http://www.kora.dk/social/i12383/Styring-med-standarder> - Undersøgelsen har indsamlet kvalitetsstandarder for §§ 83, 85 og 86 i samtlige kommuner via indsamling fra kommunernes hjemmesider.

af kvalitetsstandarderne, men at de fungerer godt som et styringsredskab i kommunerne, Der findes imidlertid kun information om, hvorvidt kommunerne har en kvalitetsstandard i 2016, ikke om de havde det i 2010-12. Der benyttes derfor en "omvendt" variabel: Hvis en kommune ikke har en kvalitetsstandard i 2016, antages det, at kommunen heller ikke havde en i 2010-12.

For to af målgrupperne, nemlig personer i stofmisbrugsbehandling og unge i behandling for psykiske problemer, har vi tillige indsamlet data på antal hjemvisninger og ændringer i sager fra Ankestyrelsen.

Hos Ankestyrelsen findes årsstatistikker efter lovgrundlag, afgørelsestype, område og tid. I årsstatistikkerne kan vi få data om antal sager i alt pr. kommune, afvisning/henvisning, stadfæstelse, ophævelse/ændring, hjemvisning.

Afvist/henvist betyder, at sagen ikke bliver behandlet af Ankestyrelsen. Dette kan skyldes, at sagen hører under en anden instans end Ankestyrelsen, at borgeren trækker sin klagesag, at borgeren har indgivet den for sent i forhold til klagefristen, eller at kommunen på eget initiativ genoptager sagen. En stadfæstelse betyder, at Ankestyrelsen er enig i kommunens afgørelse. Ved en hjemvisning bliver sagen sendt tilbage til kommunen, der skal behandle sagen og træffe afgørelse en gang til. Det kan være fordi, Ankestyrelsen mener, at der mangler yderligere oplysninger, eller der er tale om alvorlige sagsbehandlingsfejl, som ikke umiddelbart kan rettes op i klagesagsbehandlingen. Ved ophævelse/ændring kommer Ankestyrelsen til et andet resultat end kommunen.

Stadfæstelsesprocenten er interessant, da den viser i hvor stor andel Ankestyrelsen er enig i kommunens afgørelser og kan derfor være indikator på god kommunal praksis på området. På samme vis er hjemvisninger et tegn på, at kommunens sagsbehandling ikke er tilstrækkelig og kan derfor være en indikator på mangelfuld kommunal praksis på området.

Efter dialog med Ankestyrelsen har vi trukket data for årene 2010-2012 på årsstatistik efter afgørelsestype, lovgrundlag, område og tid. For målgruppen psykisk sårbare har vi trukket data under statistikken '*Særlig støtte børn-unge, §§ 52-57, 68-71, 76*'. For stofmisbrugere har vi trukket

data under statistikken *'101-102 støtte voksne – behandling'* som både decideret misbrugsbehandling (§101) og tilbud om behandling til borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer (§102). Det har ikke været muligt at trække data decideret inden for de §§, som er af interesse for målgrupperne. Konsekvenserne er beskrevet under præsentationen af variablen under hver målgruppe. Det har ikke været muligt at få data for målgruppen hjerneskadede.

For personer med hjerneskade har vi i tilgift til kvalitetsstandarder indsamlet ventetid til genoptræning. Forskningen viser, at en hurtig rehabiliteringsindsats har stor betydning for, hvorvidt personen med hjerneskade kan komme tilbage på samme funktionsniveau og sundhedsniveau som før hjerneskaden (Sundhedsstyrelsen, 2011b) Medianventetiden i kommunen til kommunal genoptræning er derfor inkluderet som en kvalitetsindikator. Ventetid er målt fra datoen, hvor genoptræningsplanen er registreret, til datoen for første genoptræningsydelse. Ventetiden angiver ventetiden til almindelig genoptræning i kommunerne for borgere, der har fået udarbejdet en genoptræningsplan i sygehusregi. Variablen dækker ventetid til genoptræning for alle diagnoser og ikke kun specifikt for personer, der modtager genoptræning efter en hjerneskade. Medianventetiden for genoptræning efter en hjerneskade kan derfor godt afvige fra den generelle ventetid til genoptræning, formodningen var at der er en vis sammenhæng imellem ventetiden til genoptræning efter en hjerneskade og medianventetiden til genoptræning i kommunen.

Det er dog vigtigt at bemærke, at der kan være en del usikkerhed omkring denne opgørelse af ventetid, idet sygehusene for nyligt er blevet kritiseret for at sende genoptræningsplanerne for sent til kommunerne (Rigsrevisionen).

Vi havde oprindeligt planlagt også at inddrage antal tilbud og antal pladser til hver målgruppe i kommunen fra Tilbudsportalen som et mål for kvalitet (med en hypotese om, at flere pladser indenfor relevante tilbud til målgruppen i en kommune ville være et udtryk for en højere prioritering af målgruppen og derfor kunne have en sammenhæng med resultatmålene for målgruppen i sådanne kommuner). Data om antal tilbud og antal pladser er i princippet tilgængeligt for perioden 2010-12 (og er indsamlet), men efter konsultation med Socialstyrelsen vurderes det, at der er for

stor usikkerhed i forhold til at opgøre antallene af pladser fordelt på paragrafferne relevante for målgrupperne tilbage i tid. Denne variabel vil derfor ikke blive benyttet i den endelige benchmarkinganalyse.

Vi har imidlertid inddraget en række kommuner<sup>61</sup> og Socialstyrelsen i vurderingen af relevansen af denne variabel og de data, der kan genereres. Anbefalingerne fra disse to interessenter er, at variabelen er interessant i en regional kontekst, da tilbud pr. kommune ikke kan stå alene som forklaringskraft på en kommunal prioritering inden for de udvalgte målgrupper, da antal tilbud i egen kommune afhænger af, hvorvidt der foregår et tværkommunalt samarbejde. Der har siden tilsynsreformen 1.1.2014 været en del kritik af den nye portal og de nye socialtilsyn, som primært har handlet om problemer omkring registrering på Tilbudsportalen. Senest har Ankestyrelsens midtvejsevaluering om indførelsen af de nye sociale tilsyn fra januar 2016 vist at plejefamilier og sociale tilbud har oplevet tekniske problemer og besværligheder i forhold til indberetning på Tilbudsportalen. Tilbudsportalen er kommet i en ny og forbedret version den 1. februar 2016, og fremtidige benchmarkinganalyser kan derfor med fordel genoverveje brugen af denne variabel.

#### **5.4 Kommunens rammevilkår på kommuneniveau**

På kommuneniveau har vi identificeret en række variabler, der afspejler den generelle sammensætning af borgere i kommunen, samt strukturelle forhold, der kan have indvirkning på det opnåede niveau af resultatmålene. Kun de variabler for hvilke man måtte formode, at sammenhængen med resultatmålene var størst, blev indsamlet. Disse variabler er:

For personer med hjerneskade

- gennemsnitsindkomsten i kommunen
- hvorvidt der er over 75 km til det nærmeste rehabiliteringstilbud på højt specialiseret niveau (Hammel Neurocenter i Region Midt og Hvidovre Hospital i Region Hovedstaden) og

---

<sup>61</sup> Lyngby-Taarbæk, Viborg og Furesø kommuner.



- et mål, der afspejler borgernes sundhedstilstand.

Gennemsnitsindkomsten inkluderes som et rammevilkår, idet den både indikerer, hvor ressourcestærke borgerne i kommunen er, men også til en vis grad afspejler arbejdsmarkedssituationen i kommunen. Afstanden til den nærmeste rehabiliteringsindsats på højt specialiseret niveau, inkluderes da afstanden formodes at påvirke, hvorvidt borgerne møder op til rehabilitering. Derudover formodes den viden og erfaring, der ligger hos Hammel Neurocenter og Hvidovre Hospital at have en afsmittende effekt på rehabiliteringsindsatsen i de nærliggende kommuner. Til sidst inkluderes et mål for borgernes sundhedstilstand målt i form af selvrapporterede KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion ifølge den nationale sundhedsprofil (Sundhedsstyrelsen, 2010), idet borgere med dårligere sundhedstilstand oftere har behov for rehabiliteringsindsatser generelt sammenlignet med borgere med en sundere livsstil. Disse variabler er udvalgt baseret på korrelationsanalyser af sammenhængen imellem resultatmålene og en række variabler, der afspejler kommunernes rammevilkår på kommuneniveau.

- Variablene for rammevilkår på kommuneniveau for målgruppen af personer i stofmisbrugsbehandling er udvalgt ud fra en formodning om, at de har indflydelse på resultatmålene for målgruppen. De er: Beskæftigelsesfrekvens (i alderen 16-64 år) i kommunen
- Uddannelsesfrekvensen i kommunen
- Frekvensen af personer dømt for kriminalitet i kommunen

For unge i behandling for psykiske problemer har vi indsamlet følgende rammevilkår på kommuneniveau:

- Antal fuldtidspraksis af børnepsykiatere
- Antal årsværk for skolepsykologer

Børn og unge, der udredes for udviklingsforstyrrelser som fx ADHD og autisme, vil oftest gå i et forløb hos en praktiserende speciallæge i børnepsykiatri mhp. udredning og muligvis efterfølgende

behandling. Desuden kan behandling af andre, ikke-psykotiske, psykiske sygdomme som fx depression foregå hos praktiserende speciallæger i børnepsykiatri. Vi har derfor medtaget et mål for antallet af børnepsykiatere i kommunen, da dette formodes at have en overordnet, positiv sammenhæng med, hvordan målgruppen klarer sig i uddannelsessystemet.

Skolepsykologer vedrører ligeledes de unge i behandling for psykiske problemer bredt, bl.a. i forbindelse med en PPR-undersøgelse, men formodentlig også via mange andre indsatser. Tilstedeværelsen af disse indikerer, hvorvidt kommunen prioriterer tilgængeligheden til råd og vejledning vedrørende børn og unge mellem 0-17 år på kommunens skoler og kan dermed være en indikator på prioriteringen af den forebyggende indsats.

Det har ikke været muligt at generere data, der kan fortælle hvor mange der arbejder som støttekontaktpersoner for børn og unge, selvom disse data vil give et mere nuanceret billede på kommunernes organisering i forhold til indsatserne for målgrupper af unge i behandling for psykiske problemer. Disse data kan kun indhentes manuelt i kommunerne.