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


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
Sammenfatning.................................................................................................................. 6

1 Indledning ......................................................................................................................... 21
  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 værkøj ............................................................................................ 30
  1.7 Rapportens indhold ................................................................................................. 30

2 Hvad er en benchmarkinganalyse? .............................................................................. 32
  2.1 Økonometrisk model til at korrigerere 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 Agregerede indeks for resultaterne ................................................................. 37
     2.2.2 Retningsbestemte potentialer ........................................................................ 38

3 Benchmarkinganalyser på det sociale område.......................................................... 40

4 Datagrundlag .................................................................................................................. 46
  4.1 Nyere data ved opdatering af benchmarkinganalysen ........................................ 47

5 Personer med hjerneskade ............................................................................................ 49
  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 korrigerre for kommunernes rammevilkår på individniveau? ... 72
     5.5.3 Følsomhedsanalyser ....................................................................................... 80
     5.5.4 Resultater fra benchmarkinganalysen (DEA) .................................................. 82
  5.6 Diskussion ............................................................................................................... 85

6 Personer med stofmisbrug ............................................................................................. 90
  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

7 Unge i behandling for psykiske problemer ................................................................. 130
  7.1 Kommunens opgaver for målgruppen .................................................................... 130
  7.2 Definition og beskrivelse af målgruppen ............................................................... 131
  7.3 Beskrivelse af analysepopulationen ........................................................................ 134
8 Erfaringer med ressource- og kvalitetsvariable, samt rammevilkår på kommuneniveau

8.1 Erfaringer med ressource – og kvalitetsvariable, 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

9 Beskrivelse af det interaktive værktøj .................................................................................. 161

10 Samlet konklusion ........................................................................................................... 163

11 Litteratur ......................................................................................................................... 167

1 Bilag – metode .................................................................................................................. 170

2 Bilag – Personer med hjerneskade .................................................................................. 178

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

3 Bilag – Personer i behandling for stofmisbrug .................................................................. 193

3.1 Fordeling af personer i analysepopulationen over kommuner ................................ 193
3.2 Variabel definitioner: Resultatmål og baggrundskarakteristika ................................ 196
3.3 Resultater fra regressionsanalyserne .......................................................................... 202

4 Bilag – Unge i behandling for psykiske problemer .......................................................... 208

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

5 Bilag ressource, kvalitets og rammevilkår og enhedspriser på kommuneniveau ........ 217

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 indsatser (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.

Satspulje-partierne 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:


- 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 ressourcedata og resultatmål. Der bør derfor arbejdes på at få bedre ressourcedata.

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 satspuljeartierne efterspurgte, var, at den bl.a. skulle bidrage til at give kommunerne et bedre grundlag for både at målrette indsatser 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 løve 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 formenligt 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 benchmarkinganalyse kan ikke stå alene**


En benchmarkinganalyse er også i sagens natur en statisk 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.

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.\(^2\) 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 traumebaseret 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

\(^2\) 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). Et entydigt fokus på beskæftigelse og uddannelse indebærer dog en risiko for 1) at vægtten lægges på at forbedre beskæftigelse og uddannelse, og ikke på faktorer så som fx funktionsniveau og trivsel og 2) kun at benchræke 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:

---

### Boks 1: Resultatmål for de tre målgrupper

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

### 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.


---

4 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 kommunens 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 analyseerne 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 komplekationer efter hjerneskaden. For personer i behandling for stofmisbrug viser analysene, 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 målgruppekaracteristika. 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 (gennemsnittigt på tværs af alle kommuner) for hver målgruppe:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Målgruppe</th>
<th>Gennemsnitligt potentiale (procent)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>4,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer i behandling for stofmisbrug</td>
<td>12,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Unge i behandling for psykiske problemer</td>
<td>9,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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 kommuner 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 potentielle på 12 procent.\(^5\)

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.

\(^5\) Dette er potentialen 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. 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).


---

6 Ligesom alle andre analyser, der anvender registerdata.
5. Der er begrænsede data for ressourceforbrug på individniveau på kommunalt plan:


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 forringle 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 genoptøring 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.

Analyser 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.\(^7\) 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 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.

---


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) indsatser(er) kommunen har leveret til borgeren. Endvidere er disse konti ikke nødvendigvis altid opgjort på indsatssniveau, og de beregnede omkostninger eller enhedspriser bliver derfor ofte upræcise.

Benchmarkinganalysen inkluderer derfor ikke ressourcevarabler 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 ressourcedata med en tættere forbindelse mellem indsatserne, de personer der har fået indsatserne og konteringen af beløbene anvendt på tværs af kommunerne. Den venid,
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 kommuners aktuelle resultat og det, de maksimalt kan opnå (bedste praksis). Det vil sige, hvor stort et potentielle, 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 sammenlignes 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

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).

Kapitel 8 sammenfatter erfaringerne med ressourcedata, 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.

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.

\[ y_{ikt} = \mathbf{x}_{ikt}' \beta + \tau_t + \delta_k + \epsilon_{ikt}, \]

hvor \( i \) angiver individer (personer), \( t \) angiver starttidspunktet (kvartal og år) og \( k \) angiver kommunen.\(^8\) 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 målgruppessammensætningen, 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 \( \epsilon_{ikt} \) angiver fejleddet. De

\(^8\) For målgruppen af personer med hjerneskade angiver t datoen for hvornår hjerneskaden skete, for målgruppen af personer med stofmisbrug angiver t kvartal 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:

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

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?


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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Input, fx. OpEx</th>
<th>Output</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DEA</td>
<td>SFA</td>
</tr>
<tr>
<td>Regnskabsbaseret</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COLS</td>
<td>Ingeniør baseret</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Deterministisk</th>
<th>Stokastisk</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Corrected Ordinary Least Squares (COLS)</td>
<td>Stochastic Frontier Analysis (SFA)</td>
</tr>
<tr>
<td>Data Envelopment Analysis (DEA)</td>
<td>Stochastic Data Envelopment Analysis (SDEA)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 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. Tekniske 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 interesserede 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](image)

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 specifiske indsatser samt mere kvalitative studier.


3 Benchmarkinganalyser⁹ på det sociale område

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

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


• **Udgifter, brugere og enhedsudgifter på det specialiserede voksenområde – En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014** (udarbejdet af KORA):


• **Udgifter, brugere, enhedsudgifter på det specialiserede børneområde – En analyse af kommunerne i Region Sjælland, 2010-2014** (Udarbejdet af KORA):


• **Sårbare børn – hvem er de, hvor bor de, og hvordan klarer de sig i skolen?**

• **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).


4 Datagrundlag

Bencharkinganalyserne 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), Sygeskringsregisteret 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)
- Sygeskringsregisteret (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)
• Lægemiddeldatabasen (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 indsatserne 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Resultatmål</th>
<th>Register</th>
<th>Nyeste år</th>
<th>Kilde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beskæftigelse</td>
<td>DREAM</td>
<td>2016</td>
<td>Danmarks Statistik</td>
</tr>
<tr>
<td>Fravær af psykiske komplikationer</td>
<td>Landspatientregisteret (LPR)</td>
<td>2016</td>
<td>Sundhedsdatastyrelsen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sygesikringsregisteret (SSSY)</td>
<td>2016</td>
<td>Sundhedsdatastyrelsen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lægemiddelstatistikdatabasen (LMDB)</td>
<td>2016</td>
<td>Danmarks Statistik</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet</td>
<td>Kriminalstatistikregisteret (KRAF)</td>
<td>2016</td>
<td>Danmarks Statistik</td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse</td>
<td>Komprimeret elev register (KOTO)</td>
<td>2016</td>
<td>Danmarks Statistik</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Folkeskolens karakterer (UDFK)</td>
<td>2016</td>
<td>Danmarks Statistik</td>
</tr>
</tbody>
</table>

10 Målt fra dags dato for rapporten, dvs. juni 2017.

11 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


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


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

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 sygehus 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

**Boks 2: Inklusionskriterier - Diagnosekoder**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning) og andre sammenlignelige sygdomme DI61, D163, D164, DI67 – DI68 (undtaget DI67.4)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Transitorisk Cerebral Iskæmi (TCI) DG45 – DG46</td>
</tr>
<tr>
<td>Traumatisk hjerneskade DS020, DS021, DS027-DS029, DS061-DS071, DS097, DT020, DT040, DT060</td>
</tr>
<tr>
<td>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, DG041, DG048, DG05, DG060, DG07-DG09</td>
</tr>
<tr>
<td>Tumor i hjernen (kræft samt godartede svulster i hjernen) DC70-DC71, DD32, DD330, DD332, DD337, DD339</td>
</tr>
<tr>
<td>Subarachnoidal blødning (hjernehindeblødning) DI60</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre sammenlignelige sygdomme DG372, DI674, DI720</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


---

12 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**

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

**Beskrivelse af målgruppen**


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Type</th>
<th>2010</th>
<th>2011</th>
<th>2012</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Apopleksi</td>
<td>6.585</td>
<td>6.673</td>
<td>7.285</td>
<td>20.543</td>
</tr>
<tr>
<td>Anden type hjerneskade</td>
<td>1.597</td>
<td>1.539</td>
<td>1.716</td>
<td>4.852</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>12.776</td>
<td>12.989</td>
<td>13.913</td>
<td>39.678</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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. kendteget 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 arbejdsmarkedsparene før hjerneskaden og 21 pct. havde psykiske komplikationer før hjerneskaden indtraf. Deskriptive tal for samtlige individualkarakteristika inkluderet i analysen fremgår i Tabel 60 i bilag 2.3.1. Sammenlignet med personer uden hjerneskade med samme køn og samme alder er uddannelsesniveauet 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 komplikationer13 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 helbredsniveau, 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.

---

13 Ved fravær af psykiske komplikationer forstås fravær af terapeutisk eller farmakologisk depressions- og angstbehandling.
Beskæftigelse

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, færdigpensoen, 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\(^{14}\). 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.

\(^{14}\) 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, Isøj, 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 med hjerneskade i 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 komplekioner**

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
haft en tilskudsberettiget kontakt med en psykolog inden for 24 måneder efter udskrivelseresdatoen for hjerneskadeindlæggelsens. 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.  

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 Visitationsretningstrinjerne (Sundhedsstyrelsen, 2014) står der bl.a., at et større fokus på rehabiliteringspsykologiske indsatser kan være en måde at håndtere nogle af de identitets- og

15 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 relatedede resultatmål. Der kan derfor stilles spørgsmålsteved 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 indsatser.

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 detaljert 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Resultatmål</th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maksimum</th>
<th>Standardafvigelse</th>
<th>Gennemsnit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beskæftigelse</td>
<td>87</td>
<td>0,52</td>
<td>0,85</td>
<td>0,07</td>
<td>0,69</td>
</tr>
<tr>
<td>Fravær af psykiske komplikationer hos partneren</td>
<td>95</td>
<td>0,77</td>
<td>0,92</td>
<td>0,02</td>
<td>0,83</td>
</tr>
<tr>
<td>Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade</td>
<td>97</td>
<td>0,56</td>
<td>0,77</td>
<td>0,05</td>
<td>0,67</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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 traumatiske hjerneskader. Her kommer ca. 82 pct. i beskæftigelse efter hjerneskaden, hvor kun ca. 60-62 pct. kommer i beskæftigelse i de to andre grupper.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hjerneskadetype</th>
<th>Beskæftigelse efter hjerneskaden</th>
<th>Nej</th>
<th>Ja</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Traumatiske hjerneskade</td>
<td>2.639</td>
<td>18,2 pct.</td>
<td>81,8 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Apopleksi</td>
<td>2.748</td>
<td>40,0 pct.</td>
<td>60,0 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre typer af hjerneskade</td>
<td>1.553</td>
<td>37,9 pct.</td>
<td>62,1 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>6.940</td>
<td>31,3 pct.</td>
<td>68,8 pct.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hjerneskadetypen "traumatiske 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 hjerneskaden fordelt på hjerneskadetype

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hjerneskadetype</th>
<th>N</th>
<th>Psykiske komplikationer hos partner efter hjerneskaden</th>
<th>Fravær af psykiske komplikationer hos partner efter hjerneskaden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Traumatisk hjerneskade</td>
<td>8.961</td>
<td>16,2 pct.</td>
<td>83,8 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Apopleksi</td>
<td>11.738</td>
<td>17,7 pct.</td>
<td>82,3 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre typer af hjerneskade</td>
<td>3.007</td>
<td>18,5 pct.</td>
<td>81,5 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>23.706</td>
<td>17,2 pct.</td>
<td>82,8 pct.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Tabel 9: Psykisk status efter hjerneskaden fordelt på hjerneskadetype

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hjerneskadetype</th>
<th>N</th>
<th>Psykiske komplikationer efter hjerneskaden</th>
<th>Fravær af psykiske komplikationer efter hjerneskaden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Traumatisk hjerneskade</td>
<td>4.852</td>
<td>27,0 pct.</td>
<td>73,0 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Apopleksi</td>
<td>20.543</td>
<td>37,5 pct.</td>
<td>62,5 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre typer af hjerneskade</td>
<td>14.283</td>
<td>34,5 pct.</td>
<td>65,5 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>39.678</td>
<td>33,3 pct.</td>
<td>66,7 pct.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>For hjerneskaden</th>
<th>Total</th>
<th>Nej</th>
<th>Ja</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nej</td>
<td>76,1 pct.</td>
<td>98,7 pct.</td>
<td>1,3 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>24,0 pct.</td>
<td>33,5 pct.</td>
<td>66,5 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>100 pct.</td>
<td>83,1 pct.</td>
<td>16,9 pct.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fravær af psykiske problemer</th>
<th>Efter hjerneskaden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>For hjerneskaden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>79,4 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nej</td>
<td>20,7 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>100 pct.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fravær af psykiske problemer hos partner</th>
<th>Efter hjerneskaden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>For hjerneskaden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ja</td>
<td>85,6 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nej</td>
<td>14,4 pct.</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>100pct.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 indeles i tre kategorier: 1) socioøkonomiske og

Socioøkonomiske og demografiske variable:

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

Helbredshistorik:

- Forbrug af sundhedsydelser 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:

---

16 Det er desværre ikke muligt at beskrive kompleksiteten af hjerneskaden ud fra registerdata.

17 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:
  o Rehabiliteringsbehov svarende til hovedfunktionsniveau:
    • Apopleksipatienter: indlæggelse på 5-28 dage
    • Andre typer af hjerneskade: indlæggelse på 8-28 dage
  o Rehabiliteringsbehov svarende til regionsfunktionsniveau: indlæggelse på 29-59 dage
  o Rehabiliteringsbehov svarende til højt specialiseret niveau: indlæggelse på 60 dage og derover.
• Behov for rehabilitering efter udskrivningen fra sygehuset - defineret ved indlæggelsesdage (forløbsprogrammet)
  o Apopleksipatienter: indlæggelser på 3 eller flere dage
  o Anden hjerneskade: indlæggelser på 4 eller flere dage
• Typen af hjerneskade:
  o Apopleksi
  o Traumatisk hjerneskade
  o Andre typer af hjerneskade


• Udskrivningsmåde – er man udskrevet til behandling hos:
  o Almen praksis
  o Speciallæge
  o Andet sygehusafsnit
  o Andet/behandlet i udlandet

• Andre variable:
  o Psychiske komplikationer før hjerneskaden – hos personen med hjerneskade
  o Psychiske komplikationer før hjerneskaden – hos partneren
  o I beskæftigelse før hjerneskaden

Den sidste gruppe af variable 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 korrigere for kommunernes rammevilkår på individualniveau, samt hvilken betydning det har at gøre det.

5.5.1 Hvilke rammevilkår på individualniveau 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 individualniveau og de respektive resultatmål. Det ses, at langt de fleste af de inkluderede rammevilkår på individualniveau er statistisk signifikante for alle tre resultatmål. Generelt forklarer de inkluderede rammevilkår på individualniveau 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 individualniveau, og hvor stor en andel af variationen, der kan henføres til kommunen, når der er
korrigert 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 størsteparten af den forklarede variation, der skyldes individuelle karakteristika.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Del af modellen</th>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Fravær af psykiske komplikationer</th>
<th>Fravær af psykiske komplikationer hos partner</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Individuelle rammevilkår og tidseffekter</td>
<td>18,5</td>
<td>31,4</td>
<td>40,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunenspecifikke effekter</td>
<td>1,69</td>
<td>0,62</td>
<td>0,46</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Rammevilkårene på individniveau med størst betydning for resultatmålene, samt forklaringsgraderne (R²) 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 indkomstnivea uet 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 indlæggelsessted, der forklarer en 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 indlæggelsessted, 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Resultatmål</th>
<th>Rammevilkår på individniveau med størst betydning</th>
<th>R²</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Beskæftigelse</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Udskrevet til behandling i udlandet eller kategorien andet (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Traumatiske hjerneskade (+)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Rehabiliteringsniveau under indlæggelsen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>o Hovedfunktionsniveau (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>o Regionsfunktionsniveau (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>o Højt specialiseret niveau (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Disponibel indkomst</td>
<td></td>
<td>0,202</td>
</tr>
<tr>
<td>o Interval 137.514 - 174.636 (+)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>o Interval 174.639 - 242.552 (+)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Psykiske komplikationer før hjerneskaden</td>
<td></td>
<td>0,320</td>
</tr>
<tr>
<td>• Rehabiliteringsniveau under indlæggelsen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>o Regionsfunktionsniveau (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>o Højt specialiseret niveau (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fravær af psykiske komplikationer hos partneren til den hjerneskadede</strong></td>
<td></td>
<td>0,412</td>
</tr>
<tr>
<td>• Psykiske komplikationer før hjerneskaden (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Rehabiliteringsniveau under indlæggelse – højt specialiseret niveau (-)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 benchmarkinganalysen. 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. 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 viser, at der for de fleste kommuner er forskel på de ukorrigerede og korrigerede resultatmål for beskæftigelse, samt at spændet (variationen) mellem de højeste og laveste 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 højeste 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, 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

---

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruppering ukorrigeret mål</th>
<th>Ranging ukorrigeret mål</th>
<th>Gruppering korrigeret mål</th>
<th>Rangering korrigeret mål</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>De fem højst rangerede</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Glostrup</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Gentofte</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Rudersdal</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Guldborgsund</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>-6</td>
</tr>
<tr>
<td>Redovre</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>De fem største kommuner</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>København</td>
<td>5</td>
<td>44</td>
<td>3</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Århus</td>
<td>8</td>
<td>72</td>
<td>6</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>8</td>
<td>75</td>
<td>7</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>5</td>
<td>42</td>
<td>5</td>
<td>46</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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 højst rangerede kommuner forbliver i blandt de ti højst 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 højst rangerede kommuner, at der korrigeres for deres sammensætning af målgruppen. Forklaringen på at disse kommuner rangerer højst 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruppering ukorrigeret mål</th>
<th>Rangering ukorrigeret mål</th>
<th>Gruppering korrigeret mål</th>
<th>Rangering korrigeret mål</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>De fem højest rangerede</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfyns</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Solrød</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Rebild</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederikssund</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Drager</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>De fem største kommuner</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>København</td>
<td>3</td>
<td>23</td>
<td>2</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Århus</td>
<td>9</td>
<td>84</td>
<td>9</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>4</td>
<td>32</td>
<td>4</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>8</td>
<td>72</td>
<td>5</td>
<td>45</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Note: Kommunerne grupperes i 9 grupper

Samlet set er billedet altså nogenlunde det samme som for beskæftigelse: det er vigtigt at korrigerere for rammevilkår på individniveau, fordi det betyder noget for rangeringen af en enkelt kommune i gruppen af de fem højst 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 partnere: 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

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

**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 kunændres 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 højst rangerede kommuner 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\textsuperscript{19}. 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.

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

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

\textsuperscript{19} 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 benchmarkinganalyser 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 aldersafgrænsninger. 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alder</th>
<th>Under 59</th>
<th>Under 60</th>
<th>Under 61</th>
<th>Under 62</th>
<th>Under 63</th>
<th>Under 64</th>
<th>Under 65</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>De fem højst rangerede</td>
<td>Glostrup</td>
<td>Glostrup</td>
<td>Glostrup</td>
<td>Glostrup</td>
<td>Glostrup</td>
<td>Glostrup</td>
<td>Glostrup</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hvidovre</td>
<td>Hvidovre</td>
<td>Hvidovre</td>
<td>Vallensbæk</td>
<td>Ishøj</td>
<td>Vallensbæk</td>
<td>Vallensbæk</td>
</tr>
<tr>
<td>Rødvre</td>
<td>Vallensbæk</td>
<td>Hvidovre</td>
<td>Vallensbæk</td>
<td>Ishøj</td>
<td>Ishøj</td>
<td>Ishøj</td>
<td>Ishøj</td>
</tr>
<tr>
<td>Gentofte</td>
<td>Gladsaxe</td>
<td>Rødovre</td>
<td>Albertslund</td>
<td>Hvidovre</td>
<td>Hvidovre</td>
<td>Gladsaxe</td>
<td>Gladsaxe</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>87</td>
<td>88</td>
<td>90</td>
<td>90</td>
<td>91</td>
<td>91</td>
<td>91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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-analyseren, 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-mål til ved at forbedre alle resultatmål samtidigt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Personer med hjerneskade</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beskæftigelse</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskade</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Fravær af psykiske komplikationer hos personen med hjerneskades partner</td>
<td>3,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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. Potentialen 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 potentiale for forbedring for personer med hjerneskade på tværs af kommuner

Personer med hjerneskade

Landsgennemsnit: 4 pct
På baggrund af usikkerheden omkring opgørelsen af fraværet 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). Benchmarkinganalyserna 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 benchmarkinganalyseren, men at skabe et bedre grundlag for at sammenligne kommunernes resultater på de udvalgte resultatmål. Desværre er datagrunnlaget 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 hvornår 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, bevirket 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 benchmarkinganalyseren er derved sandsynligvis lavere, end det ville være i dag. Omvendt forventes rangeringen af kommunerne i benchmarkinganalyseren 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.

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
can 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


Stoffrihed vil ikke være målet for alle borterne 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”. Behandlingen kan strække sig over alt fra måneder til hele år.

---

20 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”.

21 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.


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 kontaktforløb 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.\(^2\) Givet, at stofmisbrugsbehandlingen helt eller delvist skal finde sted i perioden 2010-12, indeholder vores målgruppe således følgende mulige typer af kontaktforløb:

\(^2\) De forløb, der er registreret i VBGS, er ikke behandlingsforløbene (disse er registreret i Stofmisbrugsdatabasen (SIB)), men de såkaldte kontaktforløb, som starter, når personen henvender sig – behandlingen starter så senere – og kan indeholde flere forskellige behandlingsforløb. Vi vil omtale forløbene som kontaktforløb, men vil bruge ordet ”behandling” om det, der foregår indenfor kontaktforløbet, da dette er mere mundret.

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
resultatmål er uddannelse, og vi ønsker ikke at tælle uddannelse i folkeskolen for de helt unge med i succeskriteriet. 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 den 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 kontaktforløb i VBGS databasen. Vi vælger at fokusere på det første kontaktforløb (som berører perioden 2010-12). Det gør vi, da et eventuelt efterfølgende kontaktforløb i princippet er påvirket af, hvad der skete i personens første kontaktforløb, som igen kan være et resultat af kommunens indsatser. Hvis en kommune fx har gjort det godt i første kontaktforløb, er det andet kontaktforløb måske afsluttet med gennemført behandling. Hvis en kommune omvendt ikke har gjort det godt i det første kontaktforløb, kan kommunens indsats muligvis være årsagen til, at personen skal i behandling igen. Ved at sammenligne alle personerne

---

23 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 kontaktforløb, 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 behandlingsforløb, hvilket kan give flere behandlingsforløb. Også her er det handlekommunen, der er den afgørende.

Af samme årsag vælger vi også at måle resultatmålene i det samme tidsrum efter, at kontaktforløbet 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 kontaktforløb, er der også en del personer, som har flere kontaktforløb i forskellige kommuner på samme tid. 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 fraflyttende kommune ikke lukker kontaktforløbet og den tilflyttende kommune opretter kontaktforløbet med den oprindelige startdato), eller kun lappe delvist over (hvis den fraflyttende kommune på et tidspunkt lukker kontaktforløbet 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 kontaktforløb 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 kontaktforløb, der er startet før 1. januar 2007, idet informationen om disse kontaktforløb 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.

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

**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 fordelte 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal personer i kommunen</th>
<th>Antal kommuner</th>
<th>Antal personer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mellem 30 og 50</td>
<td>8</td>
<td>318</td>
</tr>
<tr>
<td>Mellem 50 og 100</td>
<td>25</td>
<td>1.866</td>
</tr>
<tr>
<td>Mellem 100 og 400</td>
<td>49</td>
<td>9.874</td>
</tr>
<tr>
<td>Flere end 400</td>
<td>6</td>
<td>5.694</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>88</strong></td>
<td><strong>17.752</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Der er således mange små kommuner, hvilket vil øge usikkerheden på andelene 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 opioider sammenlagt med CNS stoffer udgør en forholdsvis stor hovedmisbrugsgruppe (25 pct.).

---

24 For konstruktion af disse grupper, se Tabel B.2. i Appendiks.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Type af stofmisbrug</th>
<th>Andel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mangler/ikke oplyst</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Opio der</td>
<td>0,14</td>
</tr>
<tr>
<td>CNS stoffer</td>
<td>0,11</td>
</tr>
<tr>
<td>Cannabis</td>
<td>0,44</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre</td>
<td>0,03</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>1,00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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.25

<table>
<thead>
<tr>
<th>Start år</th>
<th>Antal personer, der starter i dette år</th>
<th>Andel i procent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Før 1/1/2010</td>
<td>5.194</td>
<td>29,3</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>4.660</td>
<td>26,3</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>3.949</td>
<td>22,2</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>3.949</td>
<td>22,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>17.752</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 2014.26 Disse uafsluttede

25 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 højest 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Type forløb</th>
<th>Gennemsnit</th>
<th>Standardafvigelse</th>
<th>Antal personer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alle afsluttede forløb</td>
<td>372 dage</td>
<td>425 dage</td>
<td>15.175</td>
</tr>
<tr>
<td>Forløb, der startede før 2010</td>
<td>703</td>
<td>572</td>
<td>3.999</td>
</tr>
<tr>
<td>Forløb, der startede 2010-12</td>
<td>253</td>
<td>274</td>
<td>11.176</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.27 Følgende resultatmål indgår i benchmarkinganalysen for stofmisbrugere:

- Beskæftigelse
- I gang med uddannelse
- Kriminalitet

26 Vi har data til og med 25. september 2014.
27 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.\(^{28}\) Se Tabel 64 i bilag 3.2 for præcise variabeldefinitioner.

**Beskæftigelse**

Vi måler beskæftigelse i perioden 12-24 måneder efter kontaktforløbets start. 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.

\(^{28}\) Bemærk, at KOTO registeret ikke længere opdateres, men overgår til KOTRE registeret.
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.

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. Andelene 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. 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.

30 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 benchmarkinganalyserne 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 arbejdsmarkedstilsknytninger 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 variablen 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori</th>
<th>Arbejdsmarkedstilknytning året før</th>
<th>Beskæftigelse efter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Antal</td>
<td>Procent</td>
</tr>
<tr>
<td>I beskæftigelse</td>
<td>4920</td>
<td>27,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbejdsløs</td>
<td>1305</td>
<td>7,34</td>
</tr>
<tr>
<td>Studerende</td>
<td>1182</td>
<td>6,56</td>
</tr>
<tr>
<td>Førtidspensionist</td>
<td>1980</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kontanthjælp</td>
<td>3571</td>
<td>20,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivering</td>
<td>1842</td>
<td>10,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Udenfor arbejdsstyrken</td>
<td>2952</td>
<td>16,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>17.752</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Typer af beskæftigelse</th>
<th>Antal</th>
<th>Andel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fleksjob</td>
<td>29</td>
<td>0,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Støttet beskæftigelse</td>
<td>237</td>
<td>6,2</td>
</tr>
<tr>
<td>I anden beskæftigelse</td>
<td>3.571</td>
<td>93,0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>3.837</strong></td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**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.31

---

31 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.
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.

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 uddannelsel 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.
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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Uddannelsesstatus ved udgangen af 2014</th>
<th>Antal personer</th>
<th>Procent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fuldført</td>
<td>1.017</td>
<td>32,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Afbrudt</td>
<td>1.266</td>
<td>40,0</td>
</tr>
<tr>
<td>I gang</td>
<td>884</td>
<td>27,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>3.167</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabel 29: Fordelingen på forskellige typer af uddannelse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Type af uddannelse</th>
<th>Procent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Andet</td>
<td>2,49</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasiale</td>
<td>7,93</td>
</tr>
<tr>
<td>Erhvervsfaglig</td>
<td>73,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Videregående uddannelse</td>
<td>16,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 indskriivning 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori</th>
<th>Arbejdsmarkedstilknytning året før</th>
<th>I uddannelse efter</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Antal</td>
<td>Procent</td>
</tr>
<tr>
<td>I beskæftigelse</td>
<td>4920</td>
<td>27,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbejdsløs</td>
<td>1305</td>
<td>7,34</td>
</tr>
<tr>
<td>Studerende</td>
<td>1182</td>
<td>6,56</td>
</tr>
<tr>
<td>Færdispensionist</td>
<td>1980</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Overførsel</td>
<td>3571</td>
<td>20,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivering</td>
<td>1842</td>
<td>10,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Udenfor arbejdsstyrken</td>
<td>2952</td>
<td>16,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>17.752</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 absolute 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 variablen om, sådan at vi der 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. At måle kriminalitet i et givet år uden at tage højde for personens starttidspunkt i stofmisbrugsbehandling er ikke uden problemer. Det kan skævride 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 at 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,

33 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.
vold forbrydelser, 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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Type forbrydelse</th>
<th>Antal</th>
<th>Andel af analysepopulationen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Volds/seksualforbrydelse</td>
<td>834</td>
<td>4,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Ejendomsforbrydelse</td>
<td>2.326</td>
<td>13,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre forbrydelser</td>
<td>337</td>
<td>1,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Færdselsuheld</td>
<td>1.473</td>
<td>8,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lov om våben/stoffer</td>
<td>1.651</td>
<td>9,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Særlove</td>
<td>905</td>
<td>5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Minst én af de ovenstående forbrydelser</td>
<td>5.485</td>
<td>30,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 andelene af personer, der begår kriminalitet, fordelt efter deres arbejdsmarkedstilknytning et år før behandlingsstart:

Tabel 32: Andelene af dømte i år 2013 sammenlignet med arbejdsmarkedstilknytning året før

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kategori</th>
<th>Arbejdsmarkedstilknytning året før</th>
<th>Dømt i 2013</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Antal</td>
<td>Procent</td>
</tr>
<tr>
<td>I beskæftigelse</td>
<td>4920</td>
<td>27,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbejdsløs</td>
<td>1305</td>
<td>7,34</td>
</tr>
<tr>
<td>Studerende</td>
<td>1182</td>
<td>6,56</td>
</tr>
<tr>
<td>Førtidspensionist</td>
<td>1980</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Overførsel</td>
<td>3571</td>
<td>20,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivering</td>
<td>1842</td>
<td>10,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Udenfor arbejdsstyrken</td>
<td>2952</td>
<td>16,4</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>17.752</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 opioider, 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 33 og Tabel 35) angiver gennemsnittet af andelene for de forskellige inkluderede variable i de 88 inkluderede kommuner.\(^\text{34}\)

---

\(^\text{34}\) Andelen er således gennemsnittet over de 88 andele for de 88 kommuner.
### Tabel 33: Andelene af de forskellige baggrundskarakteristika

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

35 Betyder at personen er et barn (ved behandlingsstart), som bor udenfor hjemmet, fx anbragt, på institution eller på efterskole/hejskole; kommer fra SIB
### Tabel 34: Arbejdsmarkedshistorik og indkomst

<table>
<thead>
<tr>
<th>Andel</th>
<th>Antal (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I beskæftigelse</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbejdsløs</td>
<td>0,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Studerende</td>
<td>0,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Førtidspensionist</td>
<td>0,11</td>
</tr>
<tr>
<td>Overførsel</td>
<td>0,20</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivering</td>
<td>0,10</td>
</tr>
<tr>
<td>Udenfor arbejdsstyrken</td>
<td>0,17</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst under 50.000</td>
<td>0,17</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 50.000 og 100.000</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 100.000 og 150.000</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 150.000 og 200.000</td>
<td>0,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst over 200.000</td>
<td>0,09</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale antal for alle andelene</td>
<td>17.752</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tabel 35: Kriminalitets – og helbredshistorik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Andel</th>
<th>Antal (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kriminalitet: Stoffer/våben</td>
<td>0,29</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Seksuel/vold</td>
<td>0,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Ejendomsforbrydelser</td>
<td>0,37</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Trafikale</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Straffe</td>
<td>0,08</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Specielle</td>
<td>0,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Infektionssygdom</td>
<td>0,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Lungesygdom</td>
<td>0,06</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Nervesystemet</td>
<td>0,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Hovedorganiser</td>
<td>0,02</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Lymfesystemet</td>
<td>0,02</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Blodsygdom</td>
<td>0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Gastro</td>
<td>0,17</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Endokrin sygdom</td>
<td>0,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Psykisk sygdom</td>
<td>0,11</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal hospitalsbesøg</td>
<td>6,79</td>
</tr>
<tr>
<td>Totale antal observationer for andelene</td>
<td>17.752</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Sammenligner man alle disse individuelle baggrunds faktorer, som vi inkluderer som baggrundskarakteristika 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 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 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 baggrundskarakteristika, og hvor meget, der er forklaret af de kommune specifikke effekter, se Tabel 36.
Det er meget vigtigt at holde sig for øje med denne type dekompositioner, at tallene afhænger af rækkefølgen, man dekomponerer i: andelen, der er forklaaret af de kommune-specifikke effekter er andelen efter, der er korrigert 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-forklaaret. Et eksempel på en u-forklaaret 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-forklaaret 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 baggrunds faktorer, 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 variablen "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.

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, 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

---

36 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 variablen 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.37

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 renset 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 målgruppessammensætning magen til den landsgennemsnitlige målgruppessammensætning.38 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

37 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.

38 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 korrigerere for målgruppens baggrundsfaktorer for denne kommune. Hvis de derimod ligger langt fra hinanden, har det stor betydning at korrigerere 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 grader 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 korrigerere. Hvis en kommunens punkt ligger langt væk fra 45 graders linjen, gør det derimod en stor forskel at korrigerere 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 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 højst rangerede kommuner, samt de fem største kommuner:

| Tabel 37: Beskæftigelse: Ændringer i rangeringen for de fem højst rangerede kommuner, samt de dem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau |
|---|---|---|---|---|---|
| De fem højst rangerede | Gruppering ukorrigeret | Ranging ukorrigeret | Gruppering korrigeret | Ranging korrigeret | Ændring i rangering |
| 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 |
| De fem største kommuner | | | | | |
| 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 højst rangerede kommuner ligger stadig blandt de fem højst 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 højst rangerede kommuner at korrigerere for deres borgersammensætning; med andre ord, forklaringen på, at disse kommuner rangerer højst 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 målgruppessammensætning, 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 korrigerer 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 (ukorrige) resultat sammenholdt med kommunes korrige 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 grader 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 fem højest rangerede kommuner, samt de fem største kommuner, når der korrigeres for rammevilkår på individniveau

<table>
<thead>
<tr>
<th>De fem højest rangerede</th>
<th>Gruppering ukorrigeret</th>
<th>Ranging ukorrigeret</th>
<th>Gruppering korrigeret</th>
<th>Ranging korrigeret</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Solrød</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Faxe</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Roskilde</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Skive</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>-4</td>
</tr>
<tr>
<td>Grøbskov</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>De fem største kommuner</th>
<th>Gruppering ukorrigeret</th>
<th>Ranging ukorrigeret</th>
<th>Gruppering korrigeret</th>
<th>Ranging korrigeret</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>København</td>
<td>8</td>
<td>72</td>
<td>3</td>
<td>26</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Århus</td>
<td>4</td>
<td>38</td>
<td>3</td>
<td>30</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>6</td>
<td>52</td>
<td>5</td>
<td>41</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>4</td>
<td>39</td>
<td>4</td>
<td>38</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>5</td>
<td>47</td>
<td>6</td>
<td>53</td>
<td>-6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 højst rangerede kommune forbliver højst rangeret, én commune 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 korrigeres 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*
Slutte sig så 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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gruppering ukorrigeret</th>
<th>Rangering ukorrigeret</th>
<th>Gruppering korrigeret</th>
<th>Rangering korrigeret</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>De fem højst rangerede</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frederiksberg</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Rudersdal</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ringsted</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Odder</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Syddjurs</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>De fem største kommuner</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>København</td>
<td>7</td>
<td>64</td>
<td>6</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Århus</td>
<td>5</td>
<td>43</td>
<td>4</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>6</td>
<td>51</td>
<td>6</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 ryster 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 borgersamhænsætning 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 sværrere 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**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Personer med stofmisbrug</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beskæftigelse</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse</td>
<td>1,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet</td>
<td>8,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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,

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 potentialet 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 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 potential, betyder det nemlig, at hvis der er to kommuner, som har samme potentielle 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 potentielle 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 voksentriværelse, 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 regulert 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 diagnoseret 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.\[39\] 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 ovennævnte 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 forældrepålæg, efter §§ 57 a og 57 b i Serviceloven, med konkrete handlepligter 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

\[39\] 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 praksis sektor, som er helt eller delvist betalt af den offentlige sygesikring), samt ud fra forbrug af psykofarmaka i Lægemiddeldatabasen. 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.


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. Individer, 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. Slutteligt 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: Udvælgelse af analysepopulation

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

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.

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fødselsårgang</th>
<th>1996</th>
<th>1995</th>
<th>1994</th>
<th>I alt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Analysepopulation</td>
<td>6.305</td>
<td>6.151</td>
<td>5.332</td>
<td>17.788</td>
</tr>
<tr>
<td>Hele fødselsårgangen</td>
<td>70.278</td>
<td>72.834</td>
<td>73.491</td>
<td>216.603</td>
</tr>
<tr>
<td>Andel i pct.</td>
<td>8,87</td>
<td>8,45</td>
<td>7,26</td>
<td>8,21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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:

- Lægemiddeldatabasen (LMDB)
- Landspatientregisteret (LPR_Psyk)
- Sygeskringsregisteret (SSSY)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datakilde</th>
<th>Antal</th>
<th>Pct.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Udelukkende identificeret i LPRPSYK</td>
<td>6.543</td>
<td>36,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Udelukkende identificeret i LMDB</td>
<td>3.048</td>
<td>17,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Udelukkende identificeret i SSSY</td>
<td>2.867</td>
<td>16,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Identifieret i både LPRPSYK og LMDB</td>
<td>3.578</td>
<td>20,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Identifieret i både LMDB og SSSY</td>
<td>723</td>
<td>4,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Identifieret i både LPRPSYK og SSSY</td>
<td>439</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Identifieret i samtlige datakilder LPRPSYK, LMDB, SSSY</td>
<td>590</td>
<td>3,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>17.788</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 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. Andelen der ikke har afsluttet folkeskolen blandt de unge med psykiske problemer er højere, hvilket ikke er overraskende.

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.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Resultatmål</th>
<th>Andel</th>
<th>Antal observationer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ungdomsuddannelse</td>
<td>63,2 pct.</td>
<td>17.788</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindst 2 i dansk</td>
<td>69,6 pct.</td>
<td>17.788</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindst 2 i matematik</td>
<td>67,3 pct.</td>
<td>17.788</td>
</tr>
</tbody>
</table>

AE-rådets analyse "Mange unge har ikke afsluttet folkeskolen" marts 2013.
Tabel 47: Sammenhænge mellem resultatmålene

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mindst 2 i matematik</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Ikke opnået</td>
<td>Opnået</td>
<td>Total</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindst 2 i dansk</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ikke opnået</td>
<td>4.692</td>
<td>713</td>
<td>5.405</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(86,8)</td>
<td>(13,2)</td>
<td>(100)</td>
</tr>
<tr>
<td>Opnået</td>
<td>1.128</td>
<td>11.255</td>
<td>12.383</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(9,11)</td>
<td>(90,9)</td>
<td>(100)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

|                  | Mindst 2 i dansk     |                  |                  |
|                  |                      |                  |                  |
| Ungdomsuddannelse|                      |                  |                  |
| Ikke opnået      | 3.204                | 2.201            | 5.405            |
|                  | (59,3)               | (40,7)           | (100)            |
| Opnået           | 3.335                | 9.048            | 12.383           |
|                  | (26,9)               | (73,1)           | (100)            |

Af Tabel 47 ses det, at blandt der 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 afspæjler 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 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.


\[\text{Material ved, om hun har været registreret enten i Landspatientregisteret med en psykiatrisk kontakt og/eller i Lægemiddeldatabasen for psykofarmaka.}\]
Tabel 48: Fordeling af analysepopulation på baggrundskarakteristika

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

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 baggrundsvilkår 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 individukspezifikke 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 individukspezifikke karakteristika inkluderes.

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 korrigerede resultatmål angiver for hver kommune den observerede andel, udelukkende renset for fødselsårgang. Hvis resultatmålet fx er ungdomsuddannelse, viser det korrigerede 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.\footnote{Se også metodeafsnittet for formel for udregning af de af modellen predikteredede resultatmål.}

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 baggrunds faktorer for denne kommune. Hvis de derimod ligger langt fra hinanden, har det stor betydning at korrigere for målgruppens baggrunds faktorer for denne kommune.
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 grader 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 regressionsammenhængen mellem de ukorrigerede og korrigerede resultatmål) er fladere end 45 graders linjen.
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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Gruppering ukorrigeret</th>
<th>Ranging ukorrigeret</th>
<th>Gruppering korrigeret</th>
<th>Ranging korrigeret</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gentofte</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>13</td>
<td>-12</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederiksberg</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Vallensbæk</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>-5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lyngby-Taarbæk</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>21</td>
<td>-17</td>
</tr>
<tr>
<td>Allerød</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>28</td>
<td>-23</td>
</tr>
<tr>
<td>Komhavn</td>
<td>4</td>
<td>31</td>
<td>4</td>
<td>32</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>Århus</td>
<td>6</td>
<td>51</td>
<td>7</td>
<td>68</td>
<td>-17</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>6</td>
<td>56</td>
<td>8</td>
<td>71</td>
<td>-15</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>3</td>
<td>21</td>
<td>3</td>
<td>27</td>
<td>-6</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>6</td>
<td>60</td>
<td>4</td>
<td>35</td>
<td>25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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](image)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>De fem højst rangerede</th>
<th>Gruppering ukorrigeret</th>
<th>Rangering ukorrigeret</th>
<th>Gruppering korrigeret</th>
<th>Rangering korrigeret</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lyngby-Taarbæk</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>-4</td>
</tr>
<tr>
<td>Allerød</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>16</td>
<td>-14</td>
</tr>
<tr>
<td>Vallensbæk</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>Gentofte</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>31</td>
<td>-27</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederiksberg</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>De fem største kommuner</th>
<th>Gruppering korrigeret</th>
<th>Rangering korrigeret</th>
<th>Ændring i rangering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>København</td>
<td>6</td>
<td>51</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Århus</td>
<td>6</td>
<td>53</td>
<td>-17</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>6</td>
<td>54</td>
<td>-13</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>4</td>
<td>34</td>
<td>-22</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>7</td>
<td>67</td>
<td>21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 minimumskarakteren i dansk, dvs. også for minimumskarakteren 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 ungedomsuddannelse (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 allrhøjest (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:
Det første, vi bemærker, er, at det nu (på nær én) er nogle andre kommuner, der ligger blandt de fem højst 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 benchmarkinganalyser (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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Unge i behandling for psykiske problemer</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Uddannelse</td>
<td>5,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindst karakteren 2 i dansk</td>
<td>6,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mindst karakteren 2 i matematik</td>
<td>5,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 uderover den del der allerede i dag gør det. Potentialalet 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 kvalitetsvaribler, samt rammevilkår på kommuneniveau

8.1 Erfaringer med ressource – og kvalitetsvaribler, 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 det 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 kriteria 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. Rationale 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. 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

\[43\] 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 børnepsykiaterere (fra Danske regioner).

Det indsamlede ressourcedata 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, Kloppenberg 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 ressourcedata indeholder derfor udelukkende ressourcer på et overordnet kommunalt niveau.

Den grundlæggende udfordring ved at knytte ressourcevariablerne 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 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 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 ressourcevariabler er der ingen overensstemmelse mellem grupperingen af ressourcer på kommuneniveau og målgrupperne i analysen.

Dertil kommer dén problematik, at alle tre målgrupper har modtaget flere indsatser, som også må forventes at påvirke resultatmålene, end hvad vi har kunnet finde ressourcedata på, såsom beskæftigelsesrettede indsatser, kriminalpræventive indsatser etc.
En lignende problematik gør sig gældende for kvalitetsvariablere: 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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Hjernesk. u. psyk. komp</th>
<th>Partner u. psyk. komp.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ressourceforbrug</td>
<td>0.00254</td>
<td>0.000902 (0.215)</td>
<td>-0.000378 (0.470)</td>
</tr>
<tr>
<td>Afstand til højst</td>
<td>0.0243</td>
<td>0.00348 (0.714)</td>
<td>0.00439 (0.471)</td>
</tr>
<tr>
<td>specialiseret rehabili-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ering</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Livsstilsproblemer</td>
<td>0.000162</td>
<td>0.000376 (0.964)</td>
<td>-0.0113 (0.060)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gennemsnitsindkomst i</td>
<td>0.000000566 **</td>
<td>0.000000245 (0.055)</td>
<td>-4.63e-08 (0.584)</td>
</tr>
<tr>
<td>kommunen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Konstant</td>
<td>0.518 ***</td>
<td>0.600 (0.000)</td>
<td>0.845 *** (0.000)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Observationer**

87 97 95

\( R^2 \)

0.197 0.077 0.043

*p-værdier i parenteser,
  \( p < 0.05, \quad p < 0.01, \quad p < 0.001 \)

## Tabel 55: Målgruppen af unge i behandling for psykiske problemer

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ungdomsuddannelse</th>
<th>Mindst 2 i Dansk</th>
<th>Mindst 2 i Matematik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ressourceforbrug</td>
<td>-0.0000449 (0.419)</td>
<td>-0.00000641 (0.860)</td>
<td>-0.0000679 (0.125)</td>
</tr>
<tr>
<td>Generelt uddannelsesniveau</td>
<td>0.0339 (0.947)</td>
<td>0.210 (0.477)</td>
<td>0.285 (0.378)</td>
</tr>
<tr>
<td>Socialrådgivere</td>
<td>-0.000405 (0.727)</td>
<td>0.00212 (0.064)</td>
<td>0.00176 (0.111)</td>
</tr>
<tr>
<td>Skolepsykologer</td>
<td>-0.0113 (0.466)</td>
<td>-0.00162 (0.875)</td>
<td>0.00174 (0.912)</td>
</tr>
<tr>
<td>Konstant</td>
<td>0.653 *** (0.000)</td>
<td>0.634 *** (0.000)</td>
<td>0.616 *** (0.000)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Observationer**

94 94 94

\( R^2 \)

0.022 0.071 0.061

*p-værdier i parenteser,
  \( p < 0.05, \quad p < 0.01, \quad p < 0.001 \)
Tabel 56: Målgruppen af personer i stofmisbrugsbehandling

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

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

Tabel 54 - Tabel 56 viser, hvor stor en del af den totale variation i resultatmålene, som kan forklares af de relevante ressource - og rammevilkårsvæskler. 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 målerupper, 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 korrigerere 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 ressourcevariable 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

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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>I beskæftigelse (pct)</th>
<th>Fokus på alle mål</th>
<th>Fokus på beskæftigelse</th>
<th>Fokus på uddannelse</th>
<th>Fokus på kriminalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>23</td>
<td>26</td>
<td>34</td>
<td>23</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Under uddannelse (pct)</td>
<td>19</td>
<td>21</td>
<td>19</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Ude af kriminalitet (pct)</td>
<td>71</td>
<td>79</td>
<td>71</td>
<td>71</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.


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 oplagtte at sammenligne sig med. 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.


**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 potentiør 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 ressourcedata. 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


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 miskredditer 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

\[ y_j^k = \text{resultatmål } j \text{ for kommune } k, j = 1, \ldots, n, k = 1, \ldots, K \]

Spørgsmålet er nu, hvorledes resultatvektoren for en given kommune kan sammenfattes i et sammensat indekstal \( S^k \)
\[ y^k_j, j = 1, ..., n \rightarrow S^k, \quad k = 1, ..., K \]

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.


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 opsummed 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. sammenvejer 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, \( y_1, ..., y_n \). 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, operationaliserebare 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 særlighed, 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)**

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:

\[
\text{Max} \sum_{i=1}^{n} w_i y_i^k \\
\text{ub} \sum_{i=1}^{n} w_i y_i^h \leq 1 \text{ for alle } h=1,...,K \\
w_i \geq 0 \text{ for alle } i=1,...,n
\]

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

**Alternative fortolkninger af BoD-indekset**


Det er oplagt, at bibetingelserne i BoD$^1$-problemet alene tjener til at begrænse vægtene. En simpel mulighed er derfor at omskrive ovenstående problem til

$$\text{Max} \sum_{h=1}^{n} w_y y^h \quad \text{Min} \sum_{i=1}^{n} w_y y^i$$
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:

\[
\text{Min } E \\
\text{ubr } E \cdot 1 \geq \sum_{h=1}^{K} \lambda^h \cdot 1 \\
y^i \leq \sum_{h=1}^{n} \lambda^h y^h \text{ for alle } i=1,\ldots, n \\
\lambda^h \geq 0 \text{ for alle } h=1,\ldots, K
\]

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 produceremindst det samme serviceniveau under anvendelse af højest det reducerede input. Denne fortolkning forudsætter, at den underliggende teknologi er kendtegnet ved konstant skalaafkast. Vi kan endeligt omformulere BoD-problemet til den inverse værdi af følgende:

\[
\text{Max } F \\
\text{ubr } F \cdot y^k \leq \sum_{h=1}^{n} \lambda^h y^h \text{ for alle } i=1,\ldots, n \\
1 \geq \sum_{h=1}^{K} \lambda^h \cdot 1 \\
\lambda^h \geq 0 \text{ for alle } h=1,\ldots, K
\]

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

$$\text{DoB}^i = \left| \frac{\partial y^i}{\partial y} \right|$$

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

Vægtrestriktioner

I BoD-indexet 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 indsatser forskelligt. Vi kan også sige, at metoden finder den lineære sociale velfærdsfunktion, som får kommunens indsats til at se mest velfærddskabende ud sammenlignet med de andre

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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Kommunekode</th>
<th>Kommunenavn</th>
<th>2010</th>
<th>2011</th>
<th>2012</th>
<th>Total</th>
<th>Pr. 1000*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>101</td>
<td>København</td>
<td>825</td>
<td>838</td>
<td>908</td>
<td>2.571</td>
<td>1,910544</td>
</tr>
<tr>
<td>147</td>
<td>Frederiksberg</td>
<td>192</td>
<td>206</td>
<td>185</td>
<td>583</td>
<td>2,358922</td>
</tr>
<tr>
<td>151</td>
<td>Ballerup</td>
<td>93</td>
<td>129</td>
<td>139</td>
<td>361</td>
<td>3,233615</td>
</tr>
<tr>
<td>153</td>
<td>Brøndby</td>
<td>94</td>
<td>89</td>
<td>95</td>
<td>278</td>
<td>3,464725</td>
</tr>
<tr>
<td>155</td>
<td>Dragør</td>
<td>48</td>
<td>39</td>
<td>45</td>
<td>132</td>
<td>4,169134</td>
</tr>
<tr>
<td>157</td>
<td>Gladsaxe</td>
<td>161</td>
<td>162</td>
<td>205</td>
<td>528</td>
<td>2,911324</td>
</tr>
<tr>
<td>159</td>
<td>Glostrup</td>
<td>135</td>
<td>144</td>
<td>159</td>
<td>438</td>
<td>3,569316</td>
</tr>
<tr>
<td>161</td>
<td>Greve</td>
<td>61</td>
<td>53</td>
<td>70</td>
<td>184</td>
<td>3,280516</td>
</tr>
<tr>
<td>163</td>
<td>Herlev</td>
<td>57</td>
<td>88</td>
<td>77</td>
<td>222</td>
<td>3,556068</td>
</tr>
<tr>
<td>165</td>
<td>Albertslund</td>
<td>64</td>
<td>62</td>
<td>67</td>
<td>193</td>
<td>3,027309</td>
</tr>
<tr>
<td>167</td>
<td>Hvidovre</td>
<td>124</td>
<td>134</td>
<td>137</td>
<td>395</td>
<td>3,350766</td>
</tr>
<tr>
<td>169</td>
<td>Høje-Taarby</td>
<td>115</td>
<td>108</td>
<td>135</td>
<td>358</td>
<td>3,250925</td>
</tr>
<tr>
<td>173</td>
<td>Lyngby-Taarbæk</td>
<td>114</td>
<td>137</td>
<td>139</td>
<td>390</td>
<td>3,121942</td>
</tr>
<tr>
<td>175</td>
<td>Rødovre</td>
<td>101</td>
<td>74</td>
<td>103</td>
<td>278</td>
<td>3,202885</td>
</tr>
<tr>
<td>183</td>
<td>Ishøj</td>
<td>50</td>
<td>42</td>
<td>50</td>
<td>142</td>
<td>2,972079</td>
</tr>
<tr>
<td>185</td>
<td>Tårnby</td>
<td>110</td>
<td>121</td>
<td>133</td>
<td>364</td>
<td>3,794127</td>
</tr>
<tr>
<td>187</td>
<td>Vænersborg</td>
<td>39</td>
<td>34</td>
<td>47</td>
<td>120</td>
<td>3,655521</td>
</tr>
<tr>
<td>190</td>
<td>Faaborg-Midtfyn</td>
<td>86</td>
<td>74</td>
<td>80</td>
<td>240</td>
<td>4,080864</td>
</tr>
<tr>
<td>201</td>
<td>Allerød</td>
<td>59</td>
<td>62</td>
<td>63</td>
<td>184</td>
<td>3,463888</td>
</tr>
<tr>
<td>210</td>
<td>Fredensborg</td>
<td>84</td>
<td>87</td>
<td>94</td>
<td>265</td>
<td>2,948602</td>
</tr>
<tr>
<td>217</td>
<td>Helsingør</td>
<td>152</td>
<td>164</td>
<td>194</td>
<td>510</td>
<td>3,56439</td>
</tr>
<tr>
<td>219</td>
<td>Hillerød</td>
<td>98</td>
<td>130</td>
<td>124</td>
<td>352</td>
<td>3,250501</td>
</tr>
<tr>
<td>223</td>
<td>Hørsholm</td>
<td>77</td>
<td>70</td>
<td>77</td>
<td>224</td>
<td>3,93495</td>
</tr>
<tr>
<td>230</td>
<td>Rudersdal</td>
<td>150</td>
<td>142</td>
<td>158</td>
<td>450</td>
<td>3,609001</td>
</tr>
<tr>
<td>240</td>
<td>Egedal</td>
<td>89</td>
<td>93</td>
<td>72</td>
<td>254</td>
<td>2,756547</td>
</tr>
<tr>
<td>250</td>
<td>Frederikssund</td>
<td>103</td>
<td>143</td>
<td>150</td>
<td>396</td>
<td>3,868472</td>
</tr>
<tr>
<td>253</td>
<td>Gribskov</td>
<td>120</td>
<td>98</td>
<td>141</td>
<td>359</td>
<td>3,6664</td>
</tr>
<tr>
<td>259</td>
<td>Køge</td>
<td>141</td>
<td>115</td>
<td>157</td>
<td>413</td>
<td>3,157022</td>
</tr>
<tr>
<td>260</td>
<td>Furesø</td>
<td>80</td>
<td>96</td>
<td>108</td>
<td>284</td>
<td>2,795077</td>
</tr>
<tr>
<td>265</td>
<td>Roskilde</td>
<td>189</td>
<td>183</td>
<td>223</td>
<td>595</td>
<td>3,091616</td>
</tr>
<tr>
<td>269</td>
<td>Solrød</td>
<td>56</td>
<td>34</td>
<td>52</td>
<td>142</td>
<td>2,999055</td>
</tr>
<tr>
<td>270</td>
<td>Guldborgsund</td>
<td>113</td>
<td>100</td>
<td>137</td>
<td>350</td>
<td>4,234842</td>
</tr>
<tr>
<td>306</td>
<td>Odsherred</td>
<td>148</td>
<td>149</td>
<td>140</td>
<td>437</td>
<td>5,480981</td>
</tr>
<tr>
<td>316</td>
<td>Holbæk</td>
<td>231</td>
<td>226</td>
<td>245</td>
<td>702</td>
<td>4,378271</td>
</tr>
<tr>
<td>320</td>
<td>Faxe</td>
<td>83</td>
<td>86</td>
<td>95</td>
<td>264</td>
<td>3,222823</td>
</tr>
<tr>
<td>326</td>
<td>Kalundborg</td>
<td>166</td>
<td>169</td>
<td>189</td>
<td>524</td>
<td>4,57111</td>
</tr>
<tr>
<td>329</td>
<td>Ringsted</td>
<td>85</td>
<td>79</td>
<td>82</td>
<td>246</td>
<td>3,24396</td>
</tr>
<tr>
<td>330</td>
<td>Slagelse</td>
<td>241</td>
<td>215</td>
<td>250</td>
<td>706</td>
<td>3,862799</td>
</tr>
<tr>
<td>336</td>
<td>Stevns</td>
<td>61</td>
<td>65</td>
<td>59</td>
<td>185</td>
<td>3,573429</td>
</tr>
<tr>
<td>340</td>
<td>Sorø</td>
<td>67</td>
<td>69</td>
<td>82</td>
<td>218</td>
<td>3,215766</td>
</tr>
<tr>
<td>350</td>
<td>Lejre</td>
<td>59</td>
<td>74</td>
<td>67</td>
<td>200</td>
<td>3,296006</td>
</tr>
<tr>
<td>360</td>
<td>Lolland</td>
<td>189</td>
<td>155</td>
<td>153</td>
<td>497</td>
<td>4,437896</td>
</tr>
<tr>
<td>370</td>
<td>Næstved</td>
<td>183</td>
<td>196</td>
<td>208</td>
<td>587</td>
<td>3,087686</td>
</tr>
<tr>
<td>376</td>
<td>Haderslev</td>
<td>220</td>
<td>204</td>
<td>216</td>
<td>640</td>
<td>3,235137</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunekode</td>
<td>Kommunenavn</td>
<td>2010</td>
<td>2011</td>
<td>2012</td>
<td>Total</td>
<td>Pr. 1000*</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>-------------</td>
<td>------</td>
<td>------</td>
<td>------</td>
<td>-------</td>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>390</td>
<td>Vordingborg</td>
<td>112</td>
<td>132</td>
<td>150</td>
<td>394</td>
<td>3,589176</td>
</tr>
<tr>
<td>400</td>
<td>Bornholm</td>
<td>117</td>
<td>106</td>
<td>162</td>
<td>385</td>
<td>3,822374</td>
</tr>
<tr>
<td>410</td>
<td>Middelfart</td>
<td>97</td>
<td>88</td>
<td>86</td>
<td>271</td>
<td>3,119218</td>
</tr>
<tr>
<td>420</td>
<td>Assens</td>
<td>113</td>
<td>115</td>
<td>100</td>
<td>328</td>
<td>3,415413</td>
</tr>
<tr>
<td>430</td>
<td>Gentofte</td>
<td>161</td>
<td>154</td>
<td>178</td>
<td>493</td>
<td>3,184382</td>
</tr>
<tr>
<td>440</td>
<td>Kerteminde</td>
<td>44</td>
<td>57</td>
<td>54</td>
<td>155</td>
<td>2,794228</td>
</tr>
<tr>
<td>450</td>
<td>Nyborg</td>
<td>90</td>
<td>104</td>
<td>89</td>
<td>283</td>
<td>3,815263</td>
</tr>
<tr>
<td>461</td>
<td>Odense</td>
<td>374</td>
<td>418</td>
<td>435</td>
<td>1,227</td>
<td>2,690011</td>
</tr>
<tr>
<td>479</td>
<td>Svendborg</td>
<td>171</td>
<td>177</td>
<td>171</td>
<td>519</td>
<td>3,732792</td>
</tr>
<tr>
<td>480</td>
<td>Nordfyns</td>
<td>58</td>
<td>81</td>
<td>70</td>
<td>209</td>
<td>3,060556</td>
</tr>
<tr>
<td>482</td>
<td>Langeland</td>
<td>49</td>
<td>56</td>
<td>63</td>
<td>168</td>
<td>5,073957</td>
</tr>
<tr>
<td>492</td>
<td>Ærø</td>
<td>24</td>
<td>26</td>
<td>29</td>
<td>79</td>
<td>4,746669</td>
</tr>
<tr>
<td>510</td>
<td>Halsnæs</td>
<td>142</td>
<td>141</td>
<td>142</td>
<td>425</td>
<td>3,872639</td>
</tr>
<tr>
<td>530</td>
<td>Billund</td>
<td>63</td>
<td>65</td>
<td>72</td>
<td>200</td>
<td>3,322535</td>
</tr>
<tr>
<td>540</td>
<td>Sønderborg</td>
<td>226</td>
<td>199</td>
<td>174</td>
<td>599</td>
<td>3,350351</td>
</tr>
<tr>
<td>550</td>
<td>Tønder</td>
<td>109</td>
<td>89</td>
<td>96</td>
<td>294</td>
<td>3,182774</td>
</tr>
<tr>
<td>561</td>
<td>Esbjerg</td>
<td>323</td>
<td>322</td>
<td>316</td>
<td>961</td>
<td>3,544716</td>
</tr>
<tr>
<td>573</td>
<td>Varde</td>
<td>142</td>
<td>130</td>
<td>133</td>
<td>405</td>
<td>3,504969</td>
</tr>
<tr>
<td>575</td>
<td>Vejen</td>
<td>102</td>
<td>107</td>
<td>95</td>
<td>304</td>
<td>3,122536</td>
</tr>
<tr>
<td>580</td>
<td>Aabenraa</td>
<td>137</td>
<td>151</td>
<td>146</td>
<td>434</td>
<td>3,116607</td>
</tr>
<tr>
<td>607</td>
<td>Fredericia</td>
<td>113</td>
<td>124</td>
<td>110</td>
<td>347</td>
<td>2,962052</td>
</tr>
<tr>
<td>615</td>
<td>Horsens</td>
<td>207</td>
<td>182</td>
<td>193</td>
<td>582</td>
<td>3,001946</td>
</tr>
<tr>
<td>621</td>
<td>Kolding</td>
<td>174</td>
<td>154</td>
<td>169</td>
<td>497</td>
<td>2,400462</td>
</tr>
<tr>
<td>630</td>
<td>Vejle</td>
<td>236</td>
<td>243</td>
<td>202</td>
<td>681</td>
<td>2,758671</td>
</tr>
<tr>
<td>657</td>
<td>Herning</td>
<td>206</td>
<td>201</td>
<td>205</td>
<td>612</td>
<td>3,085334</td>
</tr>
<tr>
<td>661</td>
<td>Holstebro</td>
<td>149</td>
<td>128</td>
<td>148</td>
<td>425</td>
<td>3,216517</td>
</tr>
<tr>
<td>665</td>
<td>Lemvig</td>
<td>62</td>
<td>68</td>
<td>64</td>
<td>194</td>
<td>3,859314</td>
</tr>
<tr>
<td>671</td>
<td>Struer</td>
<td>50</td>
<td>77</td>
<td>72</td>
<td>199</td>
<td>3,858215</td>
</tr>
<tr>
<td>706</td>
<td>Syddjurs</td>
<td>109</td>
<td>107</td>
<td>128</td>
<td>344</td>
<td>3,544044</td>
</tr>
<tr>
<td>707</td>
<td>Norddjurs</td>
<td>94</td>
<td>113</td>
<td>119</td>
<td>326</td>
<td>3,592049</td>
</tr>
<tr>
<td>710</td>
<td>Favrskov</td>
<td>86</td>
<td>111</td>
<td>122</td>
<td>319</td>
<td>3,078044</td>
</tr>
<tr>
<td>727</td>
<td>Odder</td>
<td>53</td>
<td>35</td>
<td>37</td>
<td>125</td>
<td>2,496281</td>
</tr>
<tr>
<td>730</td>
<td>Randers</td>
<td>262</td>
<td>274</td>
<td>258</td>
<td>794</td>
<td>3,54762</td>
</tr>
<tr>
<td>740</td>
<td>Silkeborg</td>
<td>240</td>
<td>233</td>
<td>242</td>
<td>715</td>
<td>3,529047</td>
</tr>
<tr>
<td>741</td>
<td>Samsø</td>
<td>9</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>43</td>
<td>4,471481</td>
</tr>
<tr>
<td>746</td>
<td>Skanderborg</td>
<td>106</td>
<td>133</td>
<td>124</td>
<td>363</td>
<td>2,85053</td>
</tr>
<tr>
<td>751</td>
<td>Aarhus</td>
<td>572</td>
<td>655</td>
<td>678</td>
<td>1,905</td>
<td>2,52806</td>
</tr>
<tr>
<td>756</td>
<td>Ikast-Brande</td>
<td>102</td>
<td>89</td>
<td>118</td>
<td>309</td>
<td>3,342582</td>
</tr>
<tr>
<td>760</td>
<td>Ringkøbing-Skjern</td>
<td>135</td>
<td>146</td>
<td>155</td>
<td>436</td>
<td>3,28461</td>
</tr>
<tr>
<td>766</td>
<td>Hedensted</td>
<td>103</td>
<td>91</td>
<td>108</td>
<td>302</td>
<td>2,91574</td>
</tr>
<tr>
<td>773</td>
<td>Morsø</td>
<td>55</td>
<td>55</td>
<td>54</td>
<td>164</td>
<td>3,21739</td>
</tr>
<tr>
<td>779</td>
<td>Skive</td>
<td>151</td>
<td>122</td>
<td>150</td>
<td>423</td>
<td>3,789049</td>
</tr>
<tr>
<td>787</td>
<td>Thisted</td>
<td>102</td>
<td>108</td>
<td>96</td>
<td>306</td>
<td>2,908116</td>
</tr>
<tr>
<td>791</td>
<td>Viborg</td>
<td>219</td>
<td>242</td>
<td>262</td>
<td>723</td>
<td>3,358663</td>
</tr>
<tr>
<td>810</td>
<td>Brønderslev</td>
<td>62</td>
<td>66</td>
<td>55</td>
<td>183</td>
<td>2,216207</td>
</tr>
</tbody>
</table>
TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

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

## 2.2 Variabelbeskrivelse

### Tabel 58: Variabelbeskrivelse resultatmål

<table>
<thead>
<tr>
<th>Navn</th>
<th>Definition</th>
<th>Register</th>
<th>Kode</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beskæftigelse</td>
<td>I beskæftigelse mindst én måned fra 12-24 måneder efter hjerne-skade indeks udskrivningsdato</td>
<td>DREAM</td>
<td>BRANCHEKODE (måned) er non-missing, og månedlig DREAM er missing l alle ugerne I givet måned <em>eller</em> med koderne 121-123(Feriedagpenge) eller 771 (Fleksjob) i alle ugerne i måneden</td>
</tr>
<tr>
<td>Fravær af psykiske komplikationer</td>
<td>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</td>
<td>SSSY, LMDB</td>
<td>SPEC2 i SSSY==63 ATC4 i LMDB=='N06A'</td>
</tr>
<tr>
<td>Fravær af psykiske komplikationer - partner</td>
<td>Partner med mindst ét kontakt med en psykolog i SSSY eller modtaget antidepressiv medicin 0-24 måneder efter indeks udskrivningsdato, har ikke fravær af psykiske komplikationer</td>
<td>SSSY, LMDB, BEF</td>
<td>Partner identificeret fra BEF. SPEC2 i SSSY==63 ATC4 i LMDB=='N06A'</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabel 59: Variabelbeskrivelse rammebetingelser på individniveau

<table>
<thead>
<tr>
<th>Navn</th>
<th>Definition</th>
<th>Register</th>
<th>Kode</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kvartal 2 – kvartal 12</td>
<td>Kvartal af indeks indlæggelse</td>
<td>LPRPOP</td>
<td>År plus kvartal af første hjerneskadeindlæggelse med PATTYPE==0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidligere hjerneskadeindlagt</td>
<td>Hjerneskade Indlæggelse 2007- indeks år</td>
<td>LPRPOP</td>
<td>Dummy 1/0 hvis patienten har haft mindst én indlæggelse med hjerneskade diagnosekode og pattrtype==0, fra Januar 2007 op til indeksindlæggelsedato</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov for rehabilitering</td>
<td>Behov for rehabilitering under indlæggelse: hoved funktion</td>
<td>LPRPOP</td>
<td>Dummy 1/0 hvis eh_type_n==1 og 5 &lt;= liggetid &lt;= 28, eller hvis eh_type_n!=1 og 8 &lt;= liggetid &lt;= 28 (eh_type_n defineres nedenfor)</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov for rehabilitering under indlæggelse</td>
<td>Behov for rehabilitering under indlæggelse: regionsfunktion</td>
<td>LPRPOP</td>
<td>Dummy 1/0 hvis 29 &lt;= liggetid &lt;= 59</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitering højt specialiseret niveau</td>
<td>Behov for rehabilitering under indlæggelse: højste</td>
<td>LPRPOP</td>
<td>Dummy 1/0 hvis liggetid &gt;= 60</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov for rehabilitering efter indlæggelsen</td>
<td>Behov for rehabilitering efter indlæggelse</td>
<td>LPRPOP</td>
<td>Dummy 1/0 hvis eh_type_n==1 og liggetid &gt; 3, eller hvis eh_type_n!=1 og liggetid &gt; 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Type af hjerneskade</td>
<td>Typen af hjerneskade</td>
<td>LPRPOP</td>
<td>if substr(adiag_index_indlæggelse,1,4) in (&quot;DI61&quot;, &quot;DI63&quot;, &quot;DI64&quot;, &quot;DI67&quot;, &quot;DI68&quot;) and substr(adiag_index_indlæggelse,1,5) not in (&quot;DI674&quot;) then eh_type_n=1 (Apopleksi); if substr(adiag_index_indlæggelse,1,4) in (&quot;DG45&quot;, &quot;DG46&quot;) or substr(adiag_index_indlæggelse,1,5) in (&quot;DS020&quot;, &quot;DS021&quot;, &quot;DS027&quot;, &quot;DS028&quot;, &quot;DS029&quot;, &quot;DS061&quot;, &quot;DS062&quot;, &quot;DS063&quot;, &quot;DS064&quot;, &quot;DS065&quot;, &quot;DS066&quot;, &quot;DS067&quot;, &quot;DS068&quot;, &quot;DS069&quot;, &quot;DS070&quot;, &quot;DS071&quot;, &quot;DS097&quot;, &quot;DT020&quot;, &quot;DT040&quot;, &quot;DT060&quot;) then eh_type_n=2 (TBI); eh_type_n=3 (Andet) adiag_index_indlæggelse= ADIAG til indeks indlæggelse for erhvervet hjerneskade</td>
</tr>
<tr>
<td>Mand</td>
<td>Dummy: Køn</td>
<td>BEF</td>
<td>KOEN==1 i BEF året af hjerneskade (&quot;ultimo året før&quot;)</td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>Dummy: Partner</td>
<td>BEF</td>
<td>Partner==1 hvis EFALLE eller AEGTE_ID ikke er blanke i BEF året af hjerneskade (dvs. ultimo året før hjerneskaden)</td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel Indkomst</td>
<td>Indkomst året før hjerneskade</td>
<td>INDH</td>
<td>Dispon_ny (FPI justeret 2015 priser) i året før hjerneskade kalender år</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder</td>
<td>Alder i året før hjerneskade</td>
<td>BEF</td>
<td>ALDER i BEF året af hjerneskade (alder ultimo året før)</td>
</tr>
<tr>
<td>National oprindelse - Dansk</td>
<td>National oprindelse</td>
<td>BEF</td>
<td>Dummy hvis IE_TYPE==1</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-----</td>
<td>----------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Uddannelse | Højeste fuldførte Uddannelse | UDD | L5 af AUDD kode til HF AUDD i året f'jr
| | | | 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 indlæg mel af de følgende:
| | | | Antal indlægninger (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)
| | | | Delt op i kvartiler
| Udskrivning til speciel læge eller til andet sygehusafsnit | Udskrivningsmåde indeksindlæggelse | LPRPOP | Gruppering af UDM variabel i LPRPOP til indeks indlæggelse.
| | | | CAT1=1; CAT2=2; CAT3=A,E;
| | | | CAT4=F,G,K,L
| | | | CAT1 = REFERENCEGRUPPE
| Parat_før2 | 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 oplevede 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

Tabel 60: Deskriptiv statistik for rammebetingelser på individniveau

<table>
<thead>
<tr>
<th>Label</th>
<th>N</th>
<th>Median</th>
<th>Gennemsnit</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Std Afv</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TBI</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,36</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Apopleksi diagnose</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,52</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre hjerneskader</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,12</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,33</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2010</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,08</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2010</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,08</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2010</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,08</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2010</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,08</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2011</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,08</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2011</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,08</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2011</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,08</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,27</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2011</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,09</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 1. Kvartal 2012</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,09</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 2. Kvartal 2012</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,09</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 3. Kvartal 2012</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,09</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 4. Kvartal 2012</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,09</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,28</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: har haft hjerneskade 2007-indeksindato</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,07</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidligere haft en hjerneskade</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,07</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Intet behov for rehabilitering under indlæggelse</td>
<td>39.678</td>
<td>1</td>
<td>0,7</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,46</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov for rehabilitering til hovedfunktion under indlæggelse</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,27</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,45</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov for rehabilitering til regionfunktion under indlæggelse</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,02</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,15</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitering højt specialiseret niveau under indlæggelse</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,01</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,08</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov for rehabilitering efter indlæggelse</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,41</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Mand</td>
<td>39.678</td>
<td>1</td>
<td>0,55</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>39.678</td>
<td>1</td>
<td>0,6</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel indkomst (i 2015 priser, justeret FPI)</td>
<td>39.678</td>
<td>174.636</td>
<td>196.485</td>
<td>0</td>
<td>406.209</td>
<td>87.651</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder mellem 18-39</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,06</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,23</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder mellem 40-64</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,37</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder 65+</td>
<td>39.678</td>
<td>1</td>
<td>0,58</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,49</td>
</tr>
<tr>
<td>Dansk (1)/indv. eller efterkommer (0)</td>
<td>39.678</td>
<td>1</td>
<td>0,95</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,22</td>
</tr>
<tr>
<td>Højest Fuldførte uddannelsesniveau er folkeskole</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,39</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,49</td>
</tr>
<tr>
<td>Højest Fuldførte uddannelsesniveau er gymnasial uddannelse</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,03</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,16</td>
</tr>
<tr>
<td>Højest Fuldførte uddannelsesniveau er faglært/erhvervsuddannel se</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,36</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>------</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td>Højest Fuldøtte uddannelsesniveau er videregående uddannelse (kort, mellemlang eller lang)</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,19</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,39</td>
</tr>
<tr>
<td>Højest Fuldøtte uddannelsesniveau er missing</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,039</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal alm./spec. kontakter, hospitalkontakt (ambulant, indlagt, skadestue)</td>
<td>39.678</td>
<td>14</td>
<td>19,8</td>
<td>0</td>
<td>305</td>
<td>20,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Forbrug af sundhedsydelser</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Udskrivning til almen praksis</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,38</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,49</td>
</tr>
<tr>
<td>Udskrivning til speciellæge</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,00063</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Udskrivning til andet sygehusafsnit</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,04</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Udskrivning til andet/hjemmet</td>
<td>39.678</td>
<td>1</td>
<td>0,58</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,49</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbejdsmarkedssparat før hjerneskade</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,24</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,43</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykiske komplikationer 0-24 måneder før hjerneskade</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,21</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Partner psykiske komplikationer 0-24 måneder før hjerneskade</td>
<td>39.678</td>
<td>0</td>
<td>0,09</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,28</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabel 61: Deskriptiv statistik for kontrolpopulationen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Label</th>
<th>Median</th>
<th>Gennemsnit</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
<th>Std Afv</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Køn</td>
<td>1</td>
<td>0,55</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>1</td>
<td>0,63</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel indkomst</td>
<td>179.126</td>
<td>197.893</td>
<td>0</td>
<td>399.639</td>
<td>93.385</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Alder mellem 18-39</td>
<td>0</td>
<td>0,11</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,31</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Alder mellem 40-64</td>
<td>0</td>
<td>0,37</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Alder 65+</td>
<td>1</td>
<td>0,52</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Dansk</td>
<td>1</td>
<td>0,93</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,25</td>
</tr>
<tr>
<td>Folkeskole</td>
<td>0</td>
<td>0,35</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasiale</td>
<td>0</td>
<td>0,04</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Faglært</td>
<td>0</td>
<td>0,35</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Videdegående</td>
<td>0</td>
<td>0,21</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0,41</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 2.3.2 Regressionskoefficienter

<table>
<thead>
<tr>
<th>Table 62: Regressionskoefficienter</th>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Fravær af psykiske komplikationer</th>
<th>Fravær af psykiske komplikationer hos partneren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 2.</td>
<td>-0.00361</td>
<td>-0.00311</td>
<td>-0.0144</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2010</td>
<td>0.0242</td>
<td>0.00974</td>
<td>0.00951</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 3.</td>
<td>0.0153</td>
<td>-0.00874</td>
<td>0.00335</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2010</td>
<td>0.0245</td>
<td>0.00983</td>
<td>0.00924</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 4.</td>
<td>0.0189</td>
<td>-0.00228</td>
<td>-0.00485</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2010</td>
<td>0.0242</td>
<td>0.00977</td>
<td>0.00908</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 1.</td>
<td>0.0302</td>
<td>0.0137</td>
<td>-0.00546</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2011</td>
<td>0.0245</td>
<td>0.00975</td>
<td>0.00931</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 2.</td>
<td>0.0222</td>
<td>0.0114</td>
<td>0.00347</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2011</td>
<td>0.0242</td>
<td>0.00969</td>
<td>0.00927</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 3.</td>
<td>0.0144</td>
<td>0.0110</td>
<td>-0.00433</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2011</td>
<td>0.0248</td>
<td>0.00960</td>
<td>0.00923</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 4.</td>
<td>0.0232</td>
<td>0.0119</td>
<td>0.00295</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2011</td>
<td>0.0237</td>
<td>0.00946</td>
<td>0.00917</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 1.</td>
<td>-0.00097</td>
<td>0.00964</td>
<td>0.0164</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2012</td>
<td>0.0249</td>
<td>0.00962</td>
<td>0.00899</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 2.</td>
<td>-0.000991</td>
<td>0.00906</td>
<td>-0.00285</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2012</td>
<td>0.0250</td>
<td>0.00951</td>
<td>0.00937</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 3.</td>
<td>-0.00608</td>
<td>0.0135</td>
<td>0.00569</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2012</td>
<td>0.0247</td>
<td>0.00952</td>
<td>0.00907</td>
</tr>
<tr>
<td>Dummy: Indlagt 4.</td>
<td>0.0174</td>
<td>0.0127</td>
<td>0.00657</td>
</tr>
<tr>
<td>Kvartal 2012</td>
<td>0.0251</td>
<td>0.00941</td>
<td>0.00897</td>
</tr>
<tr>
<td>Mand</td>
<td>0.0302**</td>
<td>0.0254***</td>
<td>-0.0360***</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0108</td>
<td>0.00418</td>
<td>0.00405</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder (40-64)</td>
<td>-0.0164</td>
<td>0.0173</td>
<td>0.0276**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0137</td>
<td>0.00979</td>
<td>0.0104</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder (65+)</td>
<td>0.0553*</td>
<td>0.0484***</td>
<td>0.0313**</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0238</td>
<td>0.00981</td>
<td>0.0105</td>
</tr>
<tr>
<td>National oprindelse - Dansk</td>
<td>0.0387**</td>
<td>0.00747</td>
<td>-0.000515</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0119</td>
<td>0.00954</td>
<td>0.00991</td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>-0.0208</td>
<td>-0.00899*</td>
<td>-0.00510</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0302</td>
<td>0.00457</td>
<td>0.0134</td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel indkomst (137.514 - 174.636)</td>
<td>0.198**</td>
<td>0.00514</td>
<td>0.00205</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0252</td>
<td>0.00587</td>
<td>0.00591</td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel indkomst (174.639 - 242.552)</td>
<td>0.266***</td>
<td>-0.00661</td>
<td>-0.00391</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0249</td>
<td>0.00594</td>
<td>0.00560</td>
</tr>
<tr>
<td>Disponibel indkomst (242.557+)</td>
<td>-0.000387</td>
<td>0.0173**</td>
<td>0.00588</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0256</td>
<td>0.00629</td>
<td>0.00584</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasiale</td>
<td>0.00884</td>
<td>0.00939</td>
<td>-0.00510</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0138</td>
<td>0.0124</td>
<td>0.0134</td>
</tr>
<tr>
<td>Beskæftigelse</td>
<td>Fravær af psykiske komplikationer</td>
<td>Fravær af psykiske komplikationer hos partneren</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Faglært</td>
<td>0.0299</td>
<td>0.000912</td>
<td>0.00367</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0156</td>
<td>0.00475</td>
<td>0.00464</td>
</tr>
<tr>
<td>Videregående</td>
<td>0.0758</td>
<td>0.00662</td>
<td>0.00857</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0400</td>
<td>0.00610</td>
<td>0.00572</td>
</tr>
<tr>
<td>Missing</td>
<td>-0.0240*</td>
<td>0.00543</td>
<td>0.0169</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0121</td>
<td>0.0107</td>
<td>0.000233</td>
</tr>
<tr>
<td>Forbrug af sundhedsydelser 2</td>
<td>-0.0588***</td>
<td>-0.0122</td>
<td>0.00515</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0149</td>
<td>0.00551</td>
<td>-0.00582</td>
</tr>
<tr>
<td>Forbrug af sundhedsydelser 3</td>
<td>-0.0896***</td>
<td>-0.0287***</td>
<td>0.00540</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0188</td>
<td>0.00580</td>
<td>-0.0171**</td>
</tr>
<tr>
<td>Forbrug af sundhedsydelser 4</td>
<td>0.00679</td>
<td>-0.0591***</td>
<td>0.00587</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0270</td>
<td>0.00623</td>
<td>0.00571</td>
</tr>
<tr>
<td>Tidligere haft en hjerneskade</td>
<td>-0.0994***</td>
<td>0.00458</td>
<td>0.00814</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0198</td>
<td>0.00802</td>
<td>-0.0130</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitering hovedfunktionsniveau</td>
<td>-0.381***</td>
<td>-0.0685***</td>
<td>0.00701</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0381</td>
<td>0.00734</td>
<td>-0.0402</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitering regionsfunktionsniveau</td>
<td>-0.546***</td>
<td>-0.230***</td>
<td>0.0172</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0525</td>
<td>0.0169</td>
<td>-0.101**</td>
</tr>
<tr>
<td>Rehabilitering højt specialiseret niveau</td>
<td>-0.119***</td>
<td>-0.415***</td>
<td>0.0336</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0170</td>
<td>0.0294</td>
<td>-0.0114</td>
</tr>
<tr>
<td>Behov for rehabilitering efter indlæggelsen</td>
<td>0.0283</td>
<td>-0.0320***</td>
<td>0.00614</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0148</td>
<td>0.00643</td>
<td>0.000233</td>
</tr>
<tr>
<td>TBI</td>
<td>0.138***</td>
<td>0.0606***</td>
<td>-0.0122</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0120</td>
<td>0.00684</td>
<td>0.00668</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre hjerneskader</td>
<td>-0.281</td>
<td>0.0600***</td>
<td>0.00850</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.146</td>
<td>0.00438</td>
<td>0.00432</td>
</tr>
<tr>
<td>Udskrivning til speciallæge</td>
<td>-0.0162</td>
<td>-0.0647</td>
<td>0.00178</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0330</td>
<td>0.0706</td>
<td>0.0737</td>
</tr>
<tr>
<td>Udskrivning andet sygehusafsnit</td>
<td>-0.0858***</td>
<td>-0.0234</td>
<td>-0.0203</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0115</td>
<td>0.0123</td>
<td>0.0118</td>
</tr>
<tr>
<td>Andet/behandling i udlandet</td>
<td>-0.398***</td>
<td>-0.0460***</td>
<td>-0.00628</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.0916</td>
<td>0.00429</td>
<td>0.00427</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjemmehjælp</td>
<td>-0.0318***</td>
<td>-0.0277***</td>
<td>0.00941</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.00607</td>
<td>0.00941</td>
<td>0.000764</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykiske komplikationer før</td>
<td>-0.589***</td>
<td>-0.675***</td>
<td>0.00764</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.00529</td>
<td>0.00529</td>
<td>0.00764</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationer</td>
<td>6940</td>
<td>39678</td>
<td>23706</td>
</tr>
<tr>
<td>R²</td>
<td>0.202</td>
<td>0.320</td>
<td>0.412</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kommunenavn</th>
<th>Antal personer i analysepopulationen</th>
<th>Pr. 1000*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>København</td>
<td>2245</td>
<td>1,668289</td>
</tr>
<tr>
<td>Århus</td>
<td>1036</td>
<td>1,37484</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>941</td>
<td>2,062999</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>641</td>
<td>2,364374</td>
</tr>
<tr>
<td>Randers</td>
<td>416</td>
<td>1,858703</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>415</td>
<td>0,859854</td>
</tr>
<tr>
<td>Slagelse</td>
<td>385</td>
<td>2,106484</td>
</tr>
<tr>
<td>Roskilde</td>
<td>358</td>
<td>1,860165</td>
</tr>
<tr>
<td>Vejle</td>
<td>355</td>
<td>1,438074</td>
</tr>
<tr>
<td>Herning</td>
<td>354</td>
<td>1,784654</td>
</tr>
<tr>
<td>Sønderborg</td>
<td>353</td>
<td>1,974414</td>
</tr>
<tr>
<td>Horsens</td>
<td>348</td>
<td>1,794978</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolding</td>
<td>317</td>
<td>1,531079</td>
</tr>
<tr>
<td>Viborg</td>
<td>317</td>
<td>1,472609</td>
</tr>
<tr>
<td>Svendborg</td>
<td>291</td>
<td>2,092953</td>
</tr>
<tr>
<td>Gladsaxe</td>
<td>275</td>
<td>5,334575</td>
</tr>
<tr>
<td>Holbæk</td>
<td>271</td>
<td>1,690187</td>
</tr>
<tr>
<td>Aabenraa</td>
<td>263</td>
<td>1,888635</td>
</tr>
<tr>
<td>Fredericia</td>
<td>260</td>
<td>2,219405</td>
</tr>
<tr>
<td>Silkeborg</td>
<td>250</td>
<td>1,233933</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsingør</td>
<td>231</td>
<td>1,614459</td>
</tr>
<tr>
<td>Haderslev</td>
<td>230</td>
<td>3,136292</td>
</tr>
<tr>
<td>Vordingborg</td>
<td>209</td>
<td>1,903903</td>
</tr>
<tr>
<td>Guldborgsund</td>
<td>207</td>
<td>1,575702</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjørring</td>
<td>205</td>
<td>1,317015</td>
</tr>
<tr>
<td>Køge</td>
<td>201</td>
<td>1,536468</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalundborg</td>
<td>198</td>
<td>1,727251</td>
</tr>
<tr>
<td>Ringkøbing-Skjern</td>
<td>195</td>
<td>1,469034</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederiksborg</td>
<td>188</td>
<td>0,760682</td>
</tr>
<tr>
<td>Næstved</td>
<td>183</td>
<td>0,962601</td>
</tr>
<tr>
<td>Faaborg-Midtfyn</td>
<td>180</td>
<td>1,085585</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvidovre</td>
<td>175</td>
<td>1,484516</td>
</tr>
<tr>
<td>Bytte</td>
<td>Population</td>
<td>Score</td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>------------</td>
<td>-------</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederikshavn</td>
<td>173</td>
<td>1,17198</td>
</tr>
<tr>
<td>Holstebro</td>
<td>173</td>
<td>1,309312</td>
</tr>
<tr>
<td>Tønder</td>
<td>171</td>
<td>1,851205</td>
</tr>
<tr>
<td>Norddjurs</td>
<td>169</td>
<td>1,862136</td>
</tr>
<tr>
<td>Skive</td>
<td>160</td>
<td>1,43321</td>
</tr>
<tr>
<td>Ballerup</td>
<td>157</td>
<td>1,406309</td>
</tr>
<tr>
<td>Thisted</td>
<td>149</td>
<td>1,416044</td>
</tr>
<tr>
<td>Høje-Taastrup</td>
<td>141</td>
<td>1,622914</td>
</tr>
<tr>
<td>Middelfart</td>
<td>141</td>
<td>1,280392</td>
</tr>
<tr>
<td>Rødvild</td>
<td>135</td>
<td>1,555358</td>
</tr>
<tr>
<td>Assens</td>
<td>132</td>
<td>1,374495</td>
</tr>
<tr>
<td>Varde</td>
<td>132</td>
<td>1,14236</td>
</tr>
<tr>
<td>Nyborg</td>
<td>124</td>
<td>1,671705</td>
</tr>
<tr>
<td>Skanderborg</td>
<td>123</td>
<td>0,965882</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederikssund</td>
<td>115</td>
<td>1,12342</td>
</tr>
<tr>
<td>Albertslund</td>
<td>114</td>
<td>1,788151</td>
</tr>
<tr>
<td>Odsherred</td>
<td>114</td>
<td>1,188271</td>
</tr>
<tr>
<td>Tårnby</td>
<td>114</td>
<td>1,429821</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandby</td>
<td>112</td>
<td>0,896558</td>
</tr>
<tr>
<td>Lyngby-Taarbæk</td>
<td>112</td>
<td>1,39586</td>
</tr>
<tr>
<td>Gentofte</td>
<td>108</td>
<td>0,717861</td>
</tr>
<tr>
<td>Halsnæs</td>
<td>105</td>
<td>1,222846</td>
</tr>
<tr>
<td>Vejen</td>
<td>101</td>
<td>1,037422</td>
</tr>
<tr>
<td>Faxe</td>
<td>100</td>
<td>1,220766</td>
</tr>
<tr>
<td>Herlev</td>
<td>98</td>
<td>1,569796</td>
</tr>
<tr>
<td>Favrskov</td>
<td>93</td>
<td>0,897361</td>
</tr>
<tr>
<td>Greve</td>
<td>91</td>
<td>0,953264</td>
</tr>
<tr>
<td>Morsø</td>
<td>90</td>
<td>1,765641</td>
</tr>
<tr>
<td>Mariagerfjord</td>
<td>86</td>
<td>0,869042</td>
</tr>
<tr>
<td>Hillerød</td>
<td>85</td>
<td>0,784922</td>
</tr>
<tr>
<td>Bornholm</td>
<td>83</td>
<td>0,824044</td>
</tr>
<tr>
<td>Syddjurs</td>
<td>82</td>
<td>0,932671</td>
</tr>
<tr>
<td>Vesthimmerlands</td>
<td>82</td>
<td>0,844801</td>
</tr>
<tr>
<td>Hedensted</td>
<td>81</td>
<td>0,782036</td>
</tr>
<tr>
<td>Rudersdal</td>
<td>80</td>
<td>0,6416</td>
</tr>
<tr>
<td>Glostrup</td>
<td>74</td>
<td>1,083642</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfyns</td>
<td>74</td>
<td>0,676207</td>
</tr>
<tr>
<td>Ringsted</td>
<td>71</td>
<td>0,936265</td>
</tr>
<tr>
<td>Fredensborg</td>
<td>67</td>
<td>0,74504</td>
</tr>
<tr>
<td>Ikast-Brande</td>
<td>66</td>
<td>0,71395</td>
</tr>
<tr>
<td>Ishøj</td>
<td>65</td>
<td>1,360459</td>
</tr>
<tr>
<td>Billund</td>
<td>62</td>
<td>1,029986</td>
</tr>
<tr>
<td>Odder</td>
<td>59</td>
<td>1,178244</td>
</tr>
<tr>
<td>Sø</td>
<td>59</td>
<td>0,870322</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommune</td>
<td>Antal</td>
<td>Statistik</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>-------</td>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Egedal</td>
<td>57</td>
<td>0,618595</td>
</tr>
<tr>
<td>Kerteminde</td>
<td>55</td>
<td>0,844728</td>
</tr>
<tr>
<td>Rebild</td>
<td>55</td>
<td>0,9915</td>
</tr>
<tr>
<td>Lolland</td>
<td>51</td>
<td>0,455398</td>
</tr>
<tr>
<td>Jammerbugt</td>
<td>50</td>
<td>0,555996</td>
</tr>
<tr>
<td>Gribskov</td>
<td>48</td>
<td>0,317613</td>
</tr>
<tr>
<td>Stevns</td>
<td>42</td>
<td>0,811265</td>
</tr>
<tr>
<td>Brønderslev</td>
<td>41</td>
<td>0,496527</td>
</tr>
<tr>
<td>Furesø</td>
<td>36</td>
<td>0,297994</td>
</tr>
<tr>
<td>Solrød</td>
<td>35</td>
<td>0,739204</td>
</tr>
<tr>
<td>Struer</td>
<td>35</td>
<td>0,678581</td>
</tr>
<tr>
<td>Lejre</td>
<td>31</td>
<td>0,510881</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>17.752</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Navn</th>
<th>Definition</th>
<th>Register</th>
<th>Kode</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beskæftigelse</td>
<td>I beskæftigelse mindst én måned fra 12 – 24 måneder efter kontaktforløbets startdato</td>
<td>DREAM</td>
<td>BRANCHE KODE (måned) er non-missing, og månedlig DREAM missing eller lige med 121, 122, 123 eller 771.</td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse</td>
<td>I uddannelse i mindst én måned fra 12 – 24 måneder efter kontaktforløbets startdato</td>
<td>KOTO</td>
<td>Indskrevet i uddannelse I mindst 30 sammenhængende dage målt via uddannelsens start og slut dato (resp. elev_fra and elev_til)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet</td>
<td>Dummy lig med 1 hvis personen har mindst én kriminel dom I 2013</td>
<td>KRAF</td>
<td>Lig med 1 hvis personen optætræder I KRAF registeret I 2013 og har begået mindst én kriminel handling med følgende koder for variablen 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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabel 65: Definition af baggrundskarakteristika

<table>
<thead>
<tr>
<th>Navn</th>
<th>Definition</th>
<th>Register variabel</th>
<th>Register variabel koder</th>
<th>Tid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kvartals-</td>
<td>En dummy for hvert kvartal baseret på startdatoen for behandlingen.</td>
<td>VBGS</td>
<td>iværksat behandlingsdato</td>
<td>år for iværksat behandling</td>
</tr>
<tr>
<td>dummier</td>
<td>Det første kvartal i perioden er den udeladte kategori.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder</td>
<td>En dummy for hvert aldersinterval (i år)</td>
<td>BEF</td>
<td>alder</td>
<td>år for iværksat behandling</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>&lt;=19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-58. &lt;=19 er den udeladte</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>kategori.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mand</td>
<td>Dummy hvis mand</td>
<td>BEF</td>
<td>køn</td>
<td>køn = 1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dummy hvis er en person, der er under 25 år, som bor på samme adresse</td>
<td></td>
<td></td>
<td>år for iværksat behandlings</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>som mindst én af sine forældre, som aldrig har været gift eller registreret</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>partner (civilstand = ugift), og som ikke selv er far eller mor til nogen,</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>der bor eller har boet i Danmark</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dansker</td>
<td>Dummy hvis danskers</td>
<td>BEF</td>
<td>ie_type</td>
<td>ie_type = 1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dummy hvis er en person, der er under 25 år, som bor på samme adresse</td>
<td></td>
<td></td>
<td>år for iværksat behandlings</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjemmeboende</td>
<td>Dummy hvis har efalle</td>
<td>BEF</td>
<td>plads</td>
<td>plads = 3</td>
</tr>
<tr>
<td>barn</td>
<td>EFALLE mangler ikke</td>
<td></td>
<td></td>
<td>år for iværksat behandlings</td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>Dummy hvis har efalle</td>
<td>BEF</td>
<td>efalle</td>
<td>efalle = 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Navn</td>
<td>Definition</td>
<td>Register</td>
<td>Register variabel</td>
<td>Register variabel koder</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>partner</td>
<td>En dummy for hver partner</td>
<td>UDDA</td>
<td>hfaudd og audd2015_i115_t</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mindre end gymnasium (10, 15)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Gymnasium (20, 25)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Erhvervsretet (35)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Videregående uddannelse (40, 50, 60, 65, 70)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mangler</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Uddannelse

<table>
<thead>
<tr>
<th>Navn</th>
<th>Definition</th>
<th>Register</th>
<th>Register variabel</th>
<th>Register variabel koder</th>
<th>Tid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>En dummy for hver uddannelseskategori. Mindre end gymnasium er den udeladte kategori.</td>
<td>IDAP</td>
<td>pstill</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>I arbejde (1-37)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Arbejdsløs (40)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Studerende (91)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Førtidspensionist (92-94)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kontanthjælp (51,95)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Aktivering (45-49, 52-57)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Andre udenfor arbejdssyrken (41-43, 90, 96-99)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>År før iværksat behandlingsdato, undtagen 2007, som er sat til 2007</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Arbejdssatus

<table>
<thead>
<tr>
<th>Navn</th>
<th>Definition</th>
<th>Register</th>
<th>Register variabel</th>
<th>Register variabel koder</th>
<th>Tid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>En dummy for hver kategori. I arbejde er den udeladte kategori.</td>
<td>IDAP</td>
<td>pstill</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Indkomst udtrykt i 2015 priser ved hjælp af prisindekset PRIS61 fra</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Statistikbanken.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Vi laver en dummy for hver kategori, hvor Indkomst &lt;=50.000 er den</td>
<td>INDH</td>
<td>dispon_ny</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>udeladte kategori.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>&lt;= 50.000, [50.001,100.000], [100.001,150.000], [150.001,200.000], &gt;200.000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>År før iværksat behandlingsdato, undtagen 2007, som er sat til 2007</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Disponibel indkomst

<table>
<thead>
<tr>
<th>Navn</th>
<th>Definition</th>
<th>Register</th>
<th>Register variabel</th>
<th>Register variabel koder</th>
<th>Tid</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>En dummy for hver type sygdom</td>
<td>LPRP OP</td>
<td>c_adig og format variabel ICD10_I1_I3_K</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Infektion (1)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lunger (2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nervesystem (3)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hovedorganer (4)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lymfesystem (5)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Blod (7)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fordøjelsessytemet (8)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5 år før iværksat behandning</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Navn</td>
<td>Definition</td>
<td>Reguleret</td>
<td>Register variabel</td>
<td>Register variabel koder</td>
<td>Tid</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>behandling</td>
<td>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 variablen arg_ger4_kraf.</td>
<td>Endokrine system (16)</td>
<td>KRAF afger4 og AFG_AFGTYP3</td>
<td>Sex/voldelig (11, 12)</td>
<td>5 år før iværksat behandling</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvorvidt man er dømt for minimum en type forbrydelse i en fem års periode før iværksat behandlingsdato</td>
<td></td>
<td>Ejendom (13)</td>
<td></td>
<td>Andre strafbare (14)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Trafik (21, 22, 26)</td>
<td></td>
<td>Stof/skydevåben (32, 34)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Speciel lovgivnings forbydelse (38)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hovedstof</td>
<td>Vi laver fem dummy varibaler, 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 indivder, som ikke offentliggjorde personakutelthovedstofkode og dummyerne for hvorvidt specifikke stoffer blev brugt sidste måned (for eksempel alkohol, Buprenorphin og andre opiat). Vi bruger samme algoritme som anvendt i SFI (16:34). Altså, observationer i enten kategori 4 eller restkategorien er allokert sekventielt til de brede kategorier 1 til 3 baseret på værdierne anagter for variablen &quot;stoffer indtaget sidste måned&quot;. For eksempel, hvis &quot;hovedstof&quot; antager værdien 4 og individet har værdien 1 i dummyen &quot;Opiater&quot;, bliver han placeret i kategorien 1 til variablen &quot;hovedstof&quot;, uafhængig af værdierne for dummyerne &quot;CNS stimulanter&quot; og &quot;Cannabis&quot;. Vi gentager operatiner ad opløsningsmidler og andre stoffer.</td>
<td>1- Opiater (heroin, metadon, Buprenorphin og andre opiat). 2-Centralnervesystem (CNS) stimulerende stoffer (kokain, amfetamin og ecstasy). 3-Cannabis 4-Andre stoffer (hallucinogener, alkohol, benzodiazepider, opløsningsmidler og andre stoffer).</td>
<td>5- Ikke offentliggjort eller manglende.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Navn</td>
<td>Definition</td>
<td>Register</td>
<td>Register variabel</td>
<td>Register variabel koder</td>
<td>Tid</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------</td>
<td>------------------</td>
<td>-------------------------</td>
<td>-----</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>information om deres hovedstof, eller med manglende information for denne variabel. Den udeladte kategori er Andre stoffer.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>samme procedure for dummierne “CNS stimulanter” og “Cannabis”.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kategori</td>
<td>Befolkningen</td>
<td>Analysepopulationen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------</td>
<td>--------------</td>
<td>---------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mand</td>
<td>0,5</td>
<td>0,76</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Har partner</td>
<td>0,63</td>
<td>0,21</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Er hjemmeboende</td>
<td>0,046</td>
<td>0,08</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Etnicitet dansk</td>
<td>0,89</td>
<td>0,91</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: Højst 19 år</td>
<td>0,024</td>
<td>0,09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 20-24</td>
<td>0,11</td>
<td>0,27</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 25-29</td>
<td>0,1</td>
<td>0,18</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 30-34</td>
<td>0,11</td>
<td>0,14</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 35-39</td>
<td>0,13</td>
<td>0,11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 40-44</td>
<td>0,14</td>
<td>0,09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 45-58</td>
<td>0,38</td>
<td>0,13</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Grundskole</td>
<td>0,25</td>
<td>0,71</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Gymnasiel</td>
<td>0,11</td>
<td>0,05</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Erhvervsfaglig</td>
<td>0,33</td>
<td>0,17</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Længerevarende</td>
<td>0,29</td>
<td>0,03</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Mangler</td>
<td>0,029</td>
<td>0,05</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst under 50.000</td>
<td>0,044</td>
<td>0,11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 50.000 og 100.000</td>
<td>0,088</td>
<td>0,3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 100.000 og 150.000</td>
<td>0,12</td>
<td>0,31</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 150.000 og 200.000</td>
<td>0,17</td>
<td>0,19</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst over 200.000</td>
<td>0,57</td>
<td>0,08</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I beskæftigelse</td>
<td>0,78</td>
<td>0,24</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbejdsløs</td>
<td>0,039</td>
<td>0,06</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Studerende</td>
<td>0,041</td>
<td>0,06</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Førtidspensionist</td>
<td>0,054</td>
<td>0,15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Overførsel</td>
<td>0,022</td>
<td>0,27</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivering</td>
<td>0,021</td>
<td>0,11</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Udenfor arbejdssyrken</td>
<td>0,046</td>
<td>0,12</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I beskæftigelse mindst 1 måned i 2013</td>
<td>0,7</td>
<td>0,24</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>I uddannelse mindst 1 måned i 2013</td>
<td>0,13</td>
<td>0,09</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Begået mindst 1 forbydelse i 2013</td>
<td>0,042</td>
<td>0,30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Observationer | 1.428.751 | 23.844
3.3 Resultater fra regressionsanalyserne

Dette afsnit indeholder koefficient estimatorne fra regressionsanalyserne, såvel som grafer over de estimerede kommunespecifikke effekter og de tilhørende konfidensintervaller.

Koefficient estimatorne

Tabel 67: Demografiske baggrundskarakteristika

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Uddannelse</th>
<th>Kriminalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alder: 20-24</td>
<td>-0,0233</td>
<td>-0,0988</td>
<td>-0,0626</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 25-29</td>
<td>-0,0813***</td>
<td>-0,193***</td>
<td>-0,0511***</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 30-34</td>
<td>-0,115***</td>
<td>-0,248***</td>
<td>-0,0419**</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 35-39</td>
<td>-0,134***</td>
<td>-0,270***</td>
<td>-0,0584***</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 40-44</td>
<td>-0,156***</td>
<td>-0,275***</td>
<td>-0,0431*</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder: 45-58</td>
<td>-0,153***</td>
<td>-0,279***</td>
<td>-0,114***</td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Gymnasiel</td>
<td>-0,0285</td>
<td>0,201***</td>
<td>-0,0880***</td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Erhvervsfaglig</td>
<td>0,0705***</td>
<td>-0,0183**</td>
<td>-0,0335***</td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Længerevarende</td>
<td>0,102***</td>
<td>0,0380**</td>
<td>-0,0473**</td>
</tr>
<tr>
<td>Uddannelse: Mangler</td>
<td>0,00360</td>
<td>-0,0302**</td>
<td>0,0476**</td>
</tr>
<tr>
<td>Mand</td>
<td>0,0724***</td>
<td>0,0211**</td>
<td>0,0793***</td>
</tr>
<tr>
<td>Har en partner</td>
<td>0,0562***</td>
<td>0,00123</td>
<td>0,00188</td>
</tr>
<tr>
<td>Etnicitet dansk</td>
<td>0,0329***</td>
<td>0,0116</td>
<td>-0,0390**</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjemmeboende barn</td>
<td>0,0686***</td>
<td>0,0604***</td>
<td>-0,00615</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationer</td>
<td>17752</td>
<td>17752</td>
<td>17752</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$p < 0.05$,  $p < 0.01$,  $p < 0.001$. Udeladte kategorier: Alder <= 19, Uddannelse: Mindre end gymnasium.
Tabel 68: Baggrundskarakteristik vedrørende arbejdsmarkedshistorik og indkomstniveau

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Uddannelse</th>
<th>Kriminalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arbejdsløs</td>
<td>-0,164***</td>
<td>-0,0340***</td>
</tr>
<tr>
<td>Studerende</td>
<td>-0,151</td>
<td>0,105***</td>
</tr>
<tr>
<td>Pensionist</td>
<td>-0,323***</td>
<td>-0,0844***</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomststøtte</td>
<td>-0,296</td>
<td>-0,111***</td>
</tr>
<tr>
<td>Aktivering</td>
<td>-0,265***</td>
<td>-0,0712***</td>
</tr>
<tr>
<td>Andre udenfor arbejdsstyrken</td>
<td>-0,210**</td>
<td>-0,0572***</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 50.000 og 100.000</td>
<td>0,0463***</td>
<td>0,0362***</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 100.000 og 150.000</td>
<td>0,0847***</td>
<td>0,0000762***</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst mellem 150.000 og 200.000</td>
<td>0,108***</td>
<td>-0,0344***</td>
</tr>
<tr>
<td>Indkomst: mere end 200.000</td>
<td>0,242**</td>
<td>-0,0780***</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationer</td>
<td>17752</td>
<td>17752</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Uddannelse</th>
<th>Kriminalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bolig: Hos familie/venner</td>
<td>0,00680</td>
<td>0,000159</td>
</tr>
<tr>
<td>Bolig: Støttet</td>
<td>-0,0378***</td>
<td>-0,0421***</td>
</tr>
<tr>
<td>Bolig: Barn udenfor hjemmet*</td>
<td>-0,0568***</td>
<td>-0,0168</td>
</tr>
<tr>
<td>Bolig: Andre</td>
<td>-0,0291***</td>
<td>-0,00496</td>
</tr>
<tr>
<td>Hovedstof: Mangler</td>
<td>0,0345*</td>
<td>0,00444</td>
</tr>
<tr>
<td>Hovedstof: Opiader</td>
<td>-0,00714</td>
<td>-0,0104</td>
</tr>
<tr>
<td>Hovedstof: CNS stimulerende</td>
<td>0,0524***</td>
<td>0,0220</td>
</tr>
<tr>
<td>Hovedstof: Cannabis</td>
<td>0,0137</td>
<td>0,00926</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationer</td>
<td>17752</td>
<td>17752</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

*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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Uddannelse</th>
<th>Kriminalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kriminalitet: Stoffer/våben 0,0218</td>
<td>-0,0177</td>
<td>0,0749</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Sexual/vold -0,0191</td>
<td>-0,00789</td>
<td>0,113***</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Ejendomsforbrydelser -0,0221***</td>
<td>-0,0112</td>
<td>0,143***</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Trafikale 0,0247***</td>
<td>-0,0153</td>
<td>0,0691***</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Strafe 0,00422</td>
<td>-0,0140</td>
<td>0,0831***</td>
</tr>
<tr>
<td>Kriminalitet: Specielle 0,00566</td>
<td>0,00161</td>
<td>0,0938***</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationer 17752</td>
<td>17752</td>
<td>17752</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

### Tabel 71: Helbredsvariabler

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Uddannelse</th>
<th>Kriminalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Helbred: Nerresystemet -0,0433***</td>
<td>-0,0135</td>
<td>0,0274</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Endokrin -0,0503***</td>
<td>0,00422</td>
<td>-0,0114</td>
</tr>
<tr>
<td>Helbred: Psykisk -0,0284***</td>
<td>-0,00315</td>
<td>0,0156</td>
</tr>
<tr>
<td>Observationer 17752</td>
<td>17752</td>
<td>17752</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001
<table>
<thead>
<tr>
<th>Kontakt starter i kvartal</th>
<th>Beskæftigelse</th>
<th>Uddannelse</th>
<th>Kriminalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>0,00314</td>
<td>0,00327</td>
<td>0,0607</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>-0,0159</td>
<td>-0,00615</td>
<td>0,0432</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>-0,0166</td>
<td>-0,00876</td>
<td>0,0168</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>-0,00984</td>
<td>0,01000</td>
<td>0,0658</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>-0,00835</td>
<td>0,0199</td>
<td>0,0544</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>-0,0497</td>
<td>-0,00454</td>
<td>0,0945^{*}</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>-0,0296</td>
<td>-0,0102</td>
<td>0,101^{**}</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>0,0128</td>
<td>0,0213</td>
<td>0,0912^{*}</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>-0,0189</td>
<td>-0,0131</td>
<td>0,0772^{*}</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>-0,00474</td>
<td>0,00411</td>
<td>0,0794^{*}</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>-0,00779</td>
<td>0,00590</td>
<td>0,0975^{**}</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>0,0215</td>
<td>0,00618</td>
<td>0,116^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>0,00982</td>
<td>0,00247</td>
<td>0,0794^{*}</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>0,0137</td>
<td>0,0209</td>
<td>0,115^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>-0,000586</td>
<td>0,0122</td>
<td>0,0916^{**}</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0,0461</td>
<td>0,0444^{*}</td>
<td>0,114^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>0,00607</td>
<td>0,0283</td>
<td>0,113^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>0,0160</td>
<td>0,00138</td>
<td>0,131^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>0,0227</td>
<td>0,0218</td>
<td>0,124^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>0,0453</td>
<td>0,0396^{*}</td>
<td>0,142^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>0,0308</td>
<td>0,0227</td>
<td>0,154^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>0,0498</td>
<td>-0,00263</td>
<td>0,151^{***}</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>0,0388</td>
<td>0,0258</td>
<td>0,139^{***}</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Observationer: 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kommunenavn</th>
<th>Antal personer i analysepopulationen</th>
<th>Pr. 1000*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>København</td>
<td>1061</td>
<td>0,788443</td>
</tr>
<tr>
<td>Aarhus</td>
<td>906</td>
<td>1,202321</td>
</tr>
<tr>
<td>Odense</td>
<td>611</td>
<td>1,339525</td>
</tr>
<tr>
<td>Aalborg</td>
<td>572</td>
<td>1,185148</td>
</tr>
<tr>
<td>Esbjerg</td>
<td>478</td>
<td>1,763137</td>
</tr>
<tr>
<td>Randers</td>
<td>336</td>
<td>1,50126</td>
</tr>
<tr>
<td>Vejle</td>
<td>326</td>
<td>1,320597</td>
</tr>
<tr>
<td>Kolding</td>
<td>318</td>
<td>1,535909</td>
</tr>
<tr>
<td>Herning</td>
<td>297</td>
<td>1,497295</td>
</tr>
<tr>
<td>Viborg</td>
<td>296</td>
<td>1,375054</td>
</tr>
<tr>
<td>Silkeborg</td>
<td>292</td>
<td>1,441233</td>
</tr>
<tr>
<td>Slagelse</td>
<td>282</td>
<td>1,542931</td>
</tr>
<tr>
<td>Roskilde</td>
<td>280</td>
<td>1,454878</td>
</tr>
<tr>
<td>Sønderborg</td>
<td>274</td>
<td>1,532548</td>
</tr>
<tr>
<td>Horsens</td>
<td>274</td>
<td>1,413287</td>
</tr>
<tr>
<td>Holbæk</td>
<td>274</td>
<td>1,708898</td>
</tr>
<tr>
<td>Glostrup</td>
<td>256</td>
<td>4,966004</td>
</tr>
<tr>
<td>Næstved</td>
<td>250</td>
<td>1,315028</td>
</tr>
<tr>
<td>Skanderborg</td>
<td>222</td>
<td>1,743299</td>
</tr>
<tr>
<td>Gentofte</td>
<td>214</td>
<td>1,29064</td>
</tr>
<tr>
<td>Koge</td>
<td>212</td>
<td>1,620554</td>
</tr>
<tr>
<td>Varde</td>
<td>209</td>
<td>1,808737</td>
</tr>
<tr>
<td>Aabenraa</td>
<td>208</td>
<td>1,493673</td>
</tr>
<tr>
<td>Hjørring</td>
<td>205</td>
<td>1,317015</td>
</tr>
<tr>
<td>Halsnæs</td>
<td>204</td>
<td>2,781755</td>
</tr>
<tr>
<td>Svendborg</td>
<td>203</td>
<td>1,460033</td>
</tr>
<tr>
<td>Helsingør</td>
<td>201</td>
<td>1,404789</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalundborg</td>
<td>195</td>
<td>1,701081</td>
</tr>
<tr>
<td>Fredericia</td>
<td>193</td>
<td>1,647482</td>
</tr>
<tr>
<td>Holstebro</td>
<td>187</td>
<td>1,415267</td>
</tr>
<tr>
<td>Bornholm</td>
<td>186</td>
<td>1,846653</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunenavn</td>
<td>Antal personer i analysepopulationen</td>
<td>Pr. 1000*</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>--------------------------------------</td>
<td>-----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Ballerup</td>
<td>183</td>
<td>1,639201</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederikshavn</td>
<td>181</td>
<td>1,226175</td>
</tr>
<tr>
<td>Gribskov</td>
<td>179</td>
<td>1,875101</td>
</tr>
<tr>
<td>Odsherred</td>
<td>178</td>
<td>2,232528</td>
</tr>
<tr>
<td>Rudersdal</td>
<td>178</td>
<td>1,42756</td>
</tr>
<tr>
<td>Høje-Taastrup</td>
<td>177</td>
<td>1,607301</td>
</tr>
<tr>
<td>Gladsaxe</td>
<td>177</td>
<td>1,176494</td>
</tr>
<tr>
<td>Hillerød</td>
<td>176</td>
<td>1,62525</td>
</tr>
<tr>
<td>Assens</td>
<td>167</td>
<td>1,738945</td>
</tr>
<tr>
<td>Egedal</td>
<td>164</td>
<td>1,779818</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederikssund</td>
<td>160</td>
<td>1,563019</td>
</tr>
<tr>
<td>Haderslev</td>
<td>159</td>
<td>1,210322</td>
</tr>
<tr>
<td>Favrskov</td>
<td>159</td>
<td>1,534197</td>
</tr>
<tr>
<td>Vejen</td>
<td>156</td>
<td>1,602354</td>
</tr>
<tr>
<td>Faaborg-Midtfyn</td>
<td>153</td>
<td>1,266475</td>
</tr>
<tr>
<td>Lolland</td>
<td>152</td>
<td>1,357264</td>
</tr>
<tr>
<td>Frederiksberg</td>
<td>150</td>
<td>0,606927</td>
</tr>
<tr>
<td>Hedensted</td>
<td>150</td>
<td>1,448215</td>
</tr>
<tr>
<td>Fredensborg</td>
<td>150</td>
<td>1,668001</td>
</tr>
<tr>
<td>Ikast-Brande</td>
<td>148</td>
<td>1,600978</td>
</tr>
<tr>
<td>Middelfart</td>
<td>145</td>
<td>1,668954</td>
</tr>
<tr>
<td>Thisted</td>
<td>144</td>
<td>1,368525</td>
</tr>
<tr>
<td>Vesthimmerlands</td>
<td>138</td>
<td>1,569618</td>
</tr>
<tr>
<td>Hvidovre</td>
<td>137</td>
<td>1,162164</td>
</tr>
<tr>
<td>Ringkøbing-Skjern</td>
<td>135</td>
<td>1,017024</td>
</tr>
<tr>
<td>Furesø</td>
<td>135</td>
<td>1,572231</td>
</tr>
<tr>
<td>Norddjurs</td>
<td>134</td>
<td>1,476486</td>
</tr>
<tr>
<td>Nyborg</td>
<td>132</td>
<td>1,779557</td>
</tr>
<tr>
<td>Guldborgsund</td>
<td>131</td>
<td>0,866819</td>
</tr>
<tr>
<td>Vordingborg</td>
<td>130</td>
<td>1,184246</td>
</tr>
<tr>
<td>Sorø</td>
<td>127</td>
<td>1,873405</td>
</tr>
<tr>
<td>Faxe</td>
<td>126</td>
<td>1,538166</td>
</tr>
<tr>
<td>Syddjurs</td>
<td>126</td>
<td>1,298109</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordfyns</td>
<td>126</td>
<td>1,84512</td>
</tr>
<tr>
<td>Albertslund</td>
<td>125</td>
<td>1,960692</td>
</tr>
<tr>
<td>Lyngby-Taarbæk</td>
<td>125</td>
<td>1,000622</td>
</tr>
<tr>
<td>Tønder</td>
<td>122</td>
<td>1,320743</td>
</tr>
<tr>
<td>Skive</td>
<td>120</td>
<td>1,074908</td>
</tr>
<tr>
<td>Jammerbugt</td>
<td>117</td>
<td>1,30103</td>
</tr>
<tr>
<td>Lejre</td>
<td>117</td>
<td>1,928164</td>
</tr>
<tr>
<td>Tårnby</td>
<td>116</td>
<td>1,209117</td>
</tr>
<tr>
<td>Mariagerfjord</td>
<td>115</td>
<td>1,162092</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunenavn</td>
<td>Antal personer i analysepopulationen</td>
<td>Pr. 1000*</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>------------------------------------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td>Allerød</td>
<td>115</td>
<td>2,16493</td>
</tr>
<tr>
<td>Rødovre</td>
<td>114</td>
<td>1,313413</td>
</tr>
<tr>
<td>Brønderslev</td>
<td>109</td>
<td>1,320036</td>
</tr>
<tr>
<td>Kerteminde</td>
<td>107</td>
<td>1,928918</td>
</tr>
<tr>
<td>Struer</td>
<td>102</td>
<td>1,977578</td>
</tr>
<tr>
<td>Brøndby</td>
<td>100</td>
<td>1,246304</td>
</tr>
<tr>
<td>Ringsted</td>
<td>91</td>
<td>1,200001</td>
</tr>
<tr>
<td>Solrød</td>
<td>89</td>
<td>1,879689</td>
</tr>
<tr>
<td>Odder</td>
<td>86</td>
<td>1,717441</td>
</tr>
<tr>
<td>Herlev</td>
<td>83</td>
<td>1,329521</td>
</tr>
<tr>
<td>Greve</td>
<td>79</td>
<td>0,721896</td>
</tr>
<tr>
<td>Lemvig</td>
<td>77</td>
<td>1,53179</td>
</tr>
<tr>
<td>Billund</td>
<td>70</td>
<td>1,162887</td>
</tr>
<tr>
<td>Hørsholm</td>
<td>70</td>
<td>1,229672</td>
</tr>
<tr>
<td>Rebild</td>
<td>68</td>
<td>1,04439</td>
</tr>
<tr>
<td>Ishøj</td>
<td>66</td>
<td>1,381389</td>
</tr>
<tr>
<td>Stevns</td>
<td>56</td>
<td>1,081687</td>
</tr>
<tr>
<td>Morsø</td>
<td>50</td>
<td>0,980911</td>
</tr>
<tr>
<td>Langeland</td>
<td>42</td>
<td>1,268489</td>
</tr>
<tr>
<td>Vallensbæk</td>
<td>36</td>
<td>1,096566</td>
</tr>
<tr>
<td>Dragør</td>
<td>36</td>
<td>1,137037</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>17.788</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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

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

\(^{46}\) 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

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

Koefficientestimater

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ungdomsuddannelse</th>
<th>Mindst 2 i dansk</th>
<th>Mindst 2 i matematik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Født 1995</td>
<td>-0,0470***</td>
<td>-0,00906</td>
<td>-0,00339</td>
</tr>
<tr>
<td>Født 1996</td>
<td>-0,206***</td>
<td>-0,0294***</td>
<td>-0,00276</td>
</tr>
<tr>
<td>Dreng</td>
<td>-0,0341***</td>
<td>-0,134***</td>
<td>-0,0653***</td>
</tr>
<tr>
<td>Bor med mor og far, 0 år</td>
<td>0,0429**</td>
<td>0,00231</td>
<td>0,0224</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor udd: gymnasial</td>
<td>0,0721***</td>
<td>0,0944***</td>
<td>0,106***</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor udd: erhvervfaglig</td>
<td>0,0451***</td>
<td>0,0904***</td>
<td>0,0869***</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor udd: videregående</td>
<td>0,0709***</td>
<td>0,131***</td>
<td>0,138***</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor udd: mangler info</td>
<td>0,0202</td>
<td>0,0857*</td>
<td>0,0983*</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor – 20 år barns fødsel</td>
<td>-0,0223</td>
<td>-0,0453*</td>
<td>-0,0601**</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor – 21-25 år barns fødsel</td>
<td>-0,0106</td>
<td>-0,0289**</td>
<td>-0,0207</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor – 26-30 år barns fødsel</td>
<td>-0,00481</td>
<td>-0,00552</td>
<td>-0,00462</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor mindst en recept LMDB</td>
<td>-0,0192*</td>
<td>0,0201**</td>
<td>0,0142</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor disp. indkomst 150-200 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>-0,00999</td>
<td>0,00511</td>
<td>-0,000983</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor disp. indkomst 200-250 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>0,0152</td>
<td>0,0558***</td>
<td>0,0537***</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor disp. indkomst 250-300 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>0,0358*</td>
<td>0,0685***</td>
<td>0,0722***</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor disp. indkomst 300 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>0,0593***</td>
<td>0,104***</td>
<td>0,108***</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor disp. indkomst: mangler info</td>
<td>0,0754</td>
<td>0,0657</td>
<td>-0,0154</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor psykolog kontakt, SSSY</td>
<td>-0,00341</td>
<td>0,00833</td>
<td>-0,000440</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor ikke i beskæftigelse</td>
<td>-0,0632***</td>
<td>-0,0350***</td>
<td>-0,0372***</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor arb.status: mangler info</td>
<td>-0,0472</td>
<td>-0,0261</td>
<td>-0,0252</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor 1 år kontakt LPRPSYK</td>
<td>-0,00183</td>
<td>0,0232*</td>
<td>0,0139</td>
</tr>
<tr>
<td>Mor mindst 2 år kontakt LPRPSYK</td>
<td>0,0356</td>
<td>0,0456**</td>
<td>0,0438*</td>
</tr>
<tr>
<td>Far udd: gymnasial</td>
<td>0,0783***</td>
<td>0,0922***</td>
<td>0,124***</td>
</tr>
<tr>
<td>Far udd: erhvervfaglig</td>
<td>0,0439***</td>
<td>0,0507***</td>
<td>0,0727***</td>
</tr>
<tr>
<td>Far udd: videregående</td>
<td>0,0594***</td>
<td>0,0765***</td>
<td>0,109***</td>
</tr>
<tr>
<td>Far udd: mangler info</td>
<td>0,00147</td>
<td>-0,0159</td>
<td>-0,00976</td>
</tr>
<tr>
<td>Far ikke i beskæftigelse</td>
<td>-0,0242*</td>
<td>-0,0287*</td>
<td>-0,0224</td>
</tr>
<tr>
<td>Far arb.status: mangler info</td>
<td>-0,00785</td>
<td>0,0274</td>
<td>0,0279</td>
</tr>
<tr>
<td>Far disp. indkomst 150-200 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>-0,0186</td>
<td>-0,0118</td>
<td>-0,00223</td>
</tr>
<tr>
<td>Far disp. indkomst 200-250 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>0,0123</td>
<td>0,00765</td>
<td>0,00485</td>
</tr>
<tr>
<td>Far disp. indkomst 250-300 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>0,0396**</td>
<td>0,0364**</td>
<td>0,0448**</td>
</tr>
<tr>
<td>Far disp. indkomst 300 (1.000-2015-kr.)</td>
<td>0,0632***</td>
<td>0,0636***</td>
<td>0,0772***</td>
</tr>
<tr>
<td>Far disp. Indkomst: mangler info</td>
<td>Ungdomsuddannelse</td>
<td>Mindst 2 i dansk</td>
<td>Mindst 2 i matematik</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Far mindst en fængselsdom</td>
<td>-0.0515**</td>
<td>-0.0326</td>
<td>-0.0501*</td>
</tr>
<tr>
<td>Far alder: mangler info</td>
<td>0.000602</td>
<td>0.0292</td>
<td>0.0444</td>
</tr>
<tr>
<td>Far -20 år barns fødsel</td>
<td>-0.0480</td>
<td>-0.00131</td>
<td>0.0156</td>
</tr>
<tr>
<td>Far 21-25 år barns fødsel</td>
<td>-0.0467**</td>
<td>-0.0102</td>
<td>-0.00386</td>
</tr>
<tr>
<td>Far 26-30 år barns fødsel</td>
<td>-0.0104</td>
<td>0.0107</td>
<td>0.0179*</td>
</tr>
<tr>
<td>ID-kilde: LMDB</td>
<td>-0.0576***</td>
<td>-0.115***</td>
<td>-0.115***</td>
</tr>
<tr>
<td>ID-kilde: LPRPSYK</td>
<td>-0.136***</td>
<td>-0.179***</td>
<td>-0.177***</td>
</tr>
<tr>
<td>ID-kilde: LPRPSYK &amp; LMDB</td>
<td>-0.219***</td>
<td>-0.293***</td>
<td>-0.292***</td>
</tr>
<tr>
<td>ID-kilde: LPRPSYK &amp; SSSY</td>
<td>-0.138***</td>
<td>-0.110***</td>
<td>-0.107***</td>
</tr>
<tr>
<td>ID-kilde: LPRPSYK, LMDB &amp; SSSY</td>
<td>-0.193***</td>
<td>-0.238***</td>
<td>-0.212***</td>
</tr>
<tr>
<td>ID-kilde: SSSY &amp; LMDB</td>
<td>-0.127***</td>
<td>-0.125***</td>
<td>-0.148***</td>
</tr>
<tr>
<td>N</td>
<td>17788</td>
<td>17788</td>
<td>17788</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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 rammeevilkår og enhedspriser på kommuneniveau

5.1 Data og datakilder

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 ressourcedata 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:

• 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Population</th>
<th>Variabeltype</th>
<th>Variabel</th>
<th>Datakilde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>X</td>
<td>Borgernes sundhedstilstand i kommunen</td>
<td>Baseret på data fra den Nationale Sundhedsprofil i 2010 og 2013</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>X</td>
<td>Afstand til rehabilitering på højt specialiseret niveau fra kommunen</td>
<td>Afstande hentet fra Google maps</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>X</td>
<td>Gennemsnitsindkomsten i kommunen</td>
<td>Statistikbanken INDKP106</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>Z</td>
<td>Kvalitetsstandard</td>
<td>Kommunernes hjemmeside</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>Z</td>
<td>Ventetid til genoptræning generelt</td>
<td>Esundhed</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>I</td>
<td>Puljemidler – kommunernes styrkede indsats til personer med hjerneskade</td>
<td>Leveret fra Sundhedsstyrelsen</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med hjerneskade</td>
<td>I</td>
<td>Udgifter på konto 4.62.82 Genoptræning og vedligeholdelsestræning</td>
<td>De kommunale regnskaber hentet fra Danmarks statistik (REGK31)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med stofmisbrug</td>
<td>X</td>
<td>Beskæftigelsesfrekvens (i alderen 16-64)</td>
<td>Statistikbanken (RAS200)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med stofmisbrug</td>
<td>X</td>
<td>Antal borgere tilmeldt uddannelse</td>
<td>Statistikbanken (UDDAKT10)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med stofmisbrug</td>
<td>X</td>
<td>Antal dømte</td>
<td>Statistikbanken (STRAFNA6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med stofmisbrug</td>
<td>Z</td>
<td>Kvalitetsstandard</td>
<td>Kommunernes hjemmeside</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med stofmisbrug</td>
<td>Z</td>
<td>Antal hjemvisninger og ændringer i sager ud af antal sager totalt</td>
<td>Data fra Ankestyrelsen</td>
</tr>
<tr>
<td>Personer med stofmisbrug</td>
<td>I</td>
<td>Udgifter på konto 5.38.45 Stofmisbrugsbehandling</td>
<td>De kommunale regnskaber hentet fra</td>
</tr>
</tbody>
</table>
5.2 Kommunernes ressourceforbrug og beregning af enhedspriserne

Den grundlæggende udfordring ved at knytte ressourcevariblenerne til målgrupperne er, at grupperingene 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 resultatområlene 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 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 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 tilfældes antal behandlinger), der fik del i
ressourcerne i de tre år 2010-12. En gennemsnitlig årlig enheds pris 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:

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 beror 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

---

48 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. 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal hjerneskadepatienter brugt i beregning af enhedspris</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal hjerneskadepatienter 2010-2012</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal døde op til ultimo 2013</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal fraflyttet kommunen op til ultimo 2013</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal for hvem information fra BEF mangler</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

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

---

49 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.

50 Vi siger "i princippet" eftersom der lader til at være en del målefjel 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.  

51 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.  

52 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 fakultet kontaktforløbet, mens den tilflyttende kommune åbner et kontaktforløb. Den fraflyttede og tilflyttede kommunes kontatsforløb kan både lappe fuldstændigt over (hvis den fraflyttede kommune ikke lukker
Tabel 79: Antallet af personer hhv. Kontakter, der modtager ressourcer til stofmisbrugsbehandling

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskrivelse</th>
<th>Kontaktforløb</th>
<th>Antal personer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal i den rå VBGS database</td>
<td>52.891</td>
<td>35.423</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Udvælgelseskriterier

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskrivelse</th>
<th>Kontaktforløb</th>
<th>Antal personer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mangler start dato</td>
<td>1.281</td>
<td>571</td>
</tr>
<tr>
<td>Er ikke i behandling i perioden 2010-12</td>
<td>17.602</td>
<td>8.883</td>
</tr>
<tr>
<td>Alder og/eller fødsestdato mangler i BEF</td>
<td>175</td>
<td>173</td>
</tr>
<tr>
<td>Er under 18 år igennem hele kontaktforløbet</td>
<td>1.110</td>
<td>887</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommuner, som ikke er med i analysen</td>
<td>236</td>
<td>140</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Antallet af personer (kontakter), der modtager ressourcer fra konto 5.38.45 i perioden 2010-12

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beskrivelse</th>
<th>Kontaktforløb</th>
<th>Antal personer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>26.297</td>
<td>20.187</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gennemsnittet af (og standardafvigelserne 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 anden 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 fornævnte årsager vælger kun at benytte enhedspriserne udregnet per person per år i benchmarkinganalysen. 53,54.

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.

53 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.

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


Sådanne overlap gør sig gældende for 914 personer, som sammenlagt har 2061 kontaktforsøg.

55 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).

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.57,58 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:

57 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.

58 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 principippet 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 indsatser (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, har peget på, at kvalitetsstandarderne er en 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') konkluderer, at der er forskelle i kommunernes udformning

59 Lyngby-Taarbæk, Viborg og Furesø kommuner.

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 årsstatistiker 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.


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


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.


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)

61 Lyngby-Taarbæk, Viborg og Furesø kommuner.
TRE BENCHMARKINGANALYSER PÅ DET SOCIALE OMRÅDE

- et mål, der afspejler borgernes sundhedstilstand.

Gennemsnitsindkomsten inkluderes som et rammevilkår, idet den både indikerer, hvor ressourcestærke borgere 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 børnepsykatri 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.