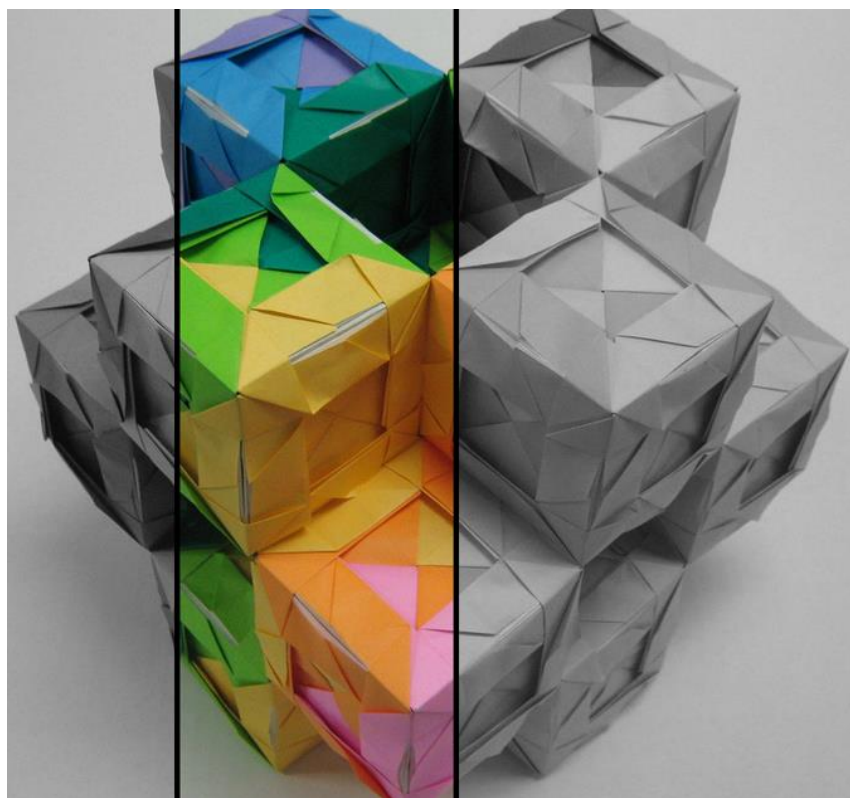


Dokumentation af økonomiske effekter af en tværfaglig indsats for senhjerneskadede borgere

BORNHOMS REGIONSKOMMUNE – JULI 2015



Analyse af økonomi- forbruget

Indledning

LG Insight har evalueret projekt om tværfaglige indsatser for borgere med ny-erhvervet senhjerneskade i Bornholms Regionskommune. Styregruppen ønskede, at evalueringen også skulle afdække eventuelle økonomiske effekter af en intensiveret og koordineret senhjerneskadeindsats.

LG Insight har i samarbejde med Bornholms Regionskommune udviklet en metode til mulig dokumentation af økonomiske effekter. Medarbejdere i Bornholms Regionskommune har samlet data til belysning af økonomiforbruget på tilbud/-foranstaltninger og på forsørgelsesydelse for en gruppe borgere før projekt-indsatsen og borgere under projektindsatsen.

Analysen omfatter følgende udgifter:

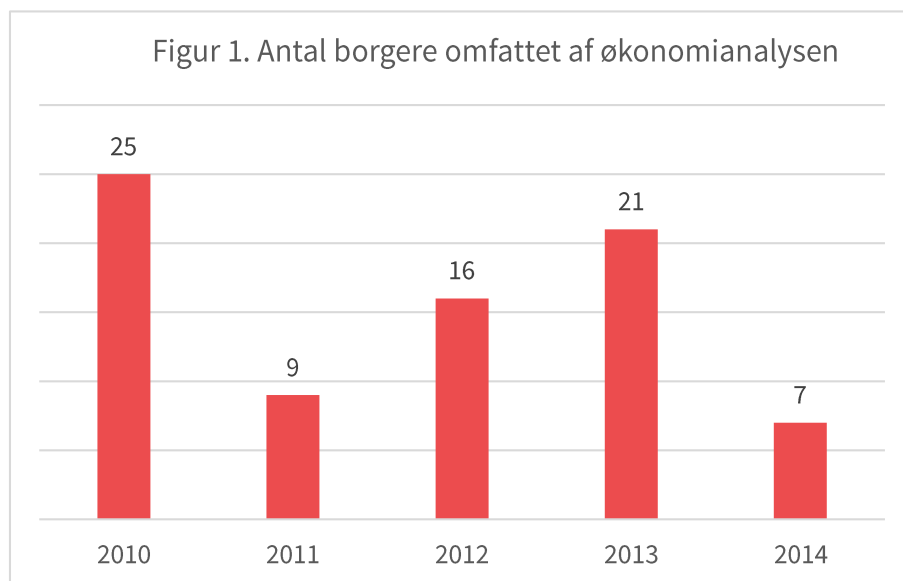
- Udgifter til forsørgelsesydelse (f.eks. sygedagpenge, førtidspension el.lign.) og enkeltydelse
- Botilbud og støtte
- Handicapkompenserende ydelse
- Kommunal genoptræning og anden behandling
- Beskæftigelsesfaglige tilbud – både over serviceloven og lov om aktiv beskæftigelsesindsats (LAB).

Analysen omfatter borgere med nyerhvervet senhjerneskade i perioden 2010-2014 – dvs. borgere der én af de følgende år (2010 og 2014 inklusiv) får tilbud grundet erhvervet senhjerneskade.

For hver borger registreres alle økonomiposter for hvert af årene: 1. januar 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 samt perioden 1. januar til 30. april 2015.

Data er indsamlet i maj /november 2014 samt opjusteret maj 2015.

Der er i alt samlet data for 78 borgere – fordelt på følgende år (jf. figur 1. på efterfølgende side)



Generelle metodeovervejelser

Mange forhold har indvirkning på Bornholms Regionskommunes økonomiforbrug i de enkelte rehabiliteringsforløb. Analysen skal gerne kunne indfange de forhold, hvor kommunens indsats kan påvirke økonomiforbruget, herunder afdække hvilken betydning den tværfaglige indsats har for økonomiforbruget.

I en analyse hvor mange variable har betydning, er det nødvendigt, at datasættet er dækkende. Det var forudsat at analysen skulle omfatte mindst 100 borgere – og gerne flere for at styrke datagrundlaget. I alt blev der indsamlet data for 78 borgere, herunder kun 28 borgere under projektførelset.

Udgifter til forsørgelse og til tilbud/foranstaltninger påvirkes bl.a. af:

- Borgerens forudgående forsørgelsesgrundlag
- Komplexitetsgraden og behovet for tilbud/foranstaltninger
- Indsatsens styrke/intensitet.

Fra år til år kan sammensætningen af borgere med ny erhvervet hjerneskade ændres meget. I enkelte år kan der være flere alvorlige hjerneskadede borgere med behov for specialiseret indsats, ligesom også alderssammensætning og forudgående arbejdsmarkedstilknøytning kan variere.

En økonomianalyse må derfor have et datagrundlag, der er dækkende i forhold til at strukturere data på to variable:

- Borgernes kompleksitetsniveau – dvs. om borgerne er på basalt, avanceret eller specialiseret niveau.

- Borgernes forudgående forsørgelsesstatus – dvs. om borgerne forud for hjerneskaden var i arbejde, på førtidspension, dagpenge el.lign.

Det eksisterende datagrundlag fra Bornholms Regionskommune er desværre ikke dækkende i forhold til at strukturere data på ovennævnte områder. Dels findes ikke oplysninger om borgernes kompleksitetsniveauer, og dels er data ikke stort nok til – i givet fald – at opdele på de tre niveauer.

Økonomianalysen skal derfor tages med forbehold. Disse metodesvagheder og behov for forbehold var kendte allerede fra start. Analysen blev iværksat med håb om, at den ville kunne dokumentere følgende områder:

- Intensitet i indsats: Det var målet med indsatsen, at der hurtigere og mere intensivt skulle iværksættes en rehabiliteringsindsats. Målet om hurtigere og mere intensive forløb må betyde, at økonomiforbruget stiger straks i perioden efter sygdomsstart (samme år eller året efter)
- Progression i indsats: Tidlig og intensiv indsats forventes at skabe hurtigere resultater, ligesom koordination af tilbud forventes at skabe synergieffekter og færre ”bristede forudsætninger”, fordi tilbud understøtter hinanden, hvo-ved progression opnås og reduktion af f.eks. afbrudte forløb mindskes.

Analysen dokumenterer, at der er store forskelle på økonomiforbruget hos de enkelte borgere. I ét borgerforløb har Bornholms Regionskommune således haft samlede udgifter på over 3 mio. kr. til forsørgelse og tilbud. I 2013 var der flere omkostningskrævende forløb end i de øvrige år. Det kan skyldes forløb knyttet til projektindsatsen – tidligere og mere intensive forløb – og/eller forhold knyttet til borgernes rehabiliteringsniveauer (specialiseret niveau).

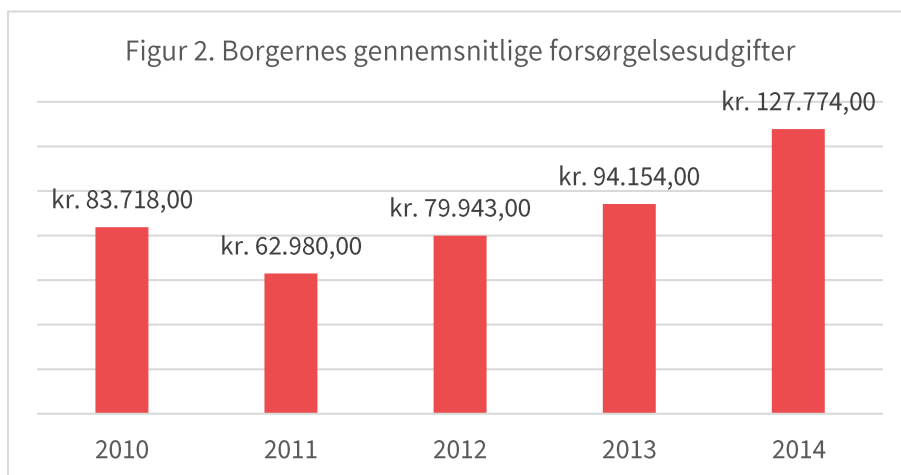
Udgifter til forsørgelsesydelse

Udgifter til forsørgelsesudgifter kan svinge meget fra år til år. Det afhænger selv-sagt af antallet af nytilkomne borgere på offentlig forsørgelse, hvilket er påvirket af følgende forhold:

- Om borgerne ved sygdom var i beskæftigelse og fik lønindkomst eller om borgerne allerede var på offentlig forsørgelse
- Hvilken forsørgelsesydelse borgeren er på, herunder om borgeren eventuelt får supplerende enkeltydelser

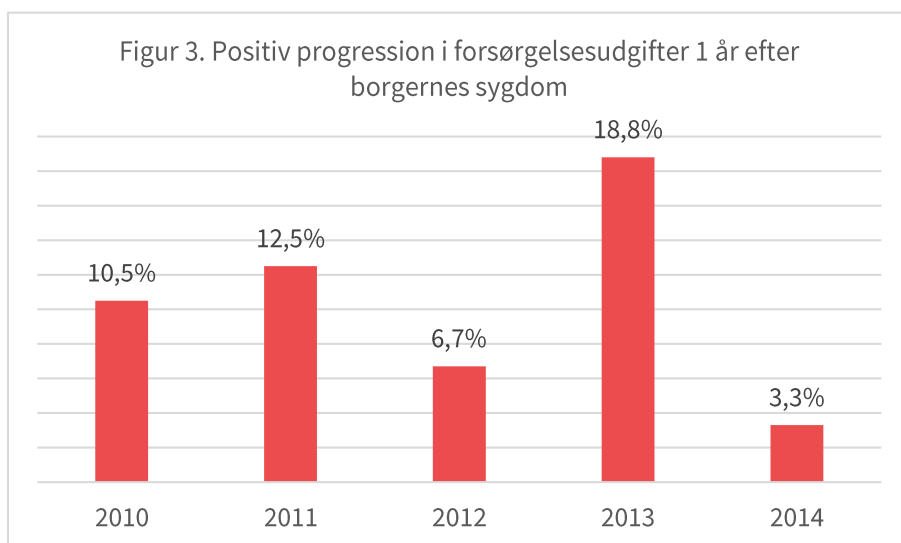
Borgernes forsørgelsesgrundlag er ikke direkte påvirkeligt, men en intensiveret og koordineret indsats kan have betydning, idet forsørgelsesforløbene bliver kortere, hvis der hurtigere opnås progression og raskmelding. Her er resultatet igen påvirket af om borgeren raskmeldes til job eller anden offentlig forsørgelse.

LG Insight har beregnet den gennemsnitlige årlige forsørgelsesudgift til borgere på offentlige forsørgelsesudgifter – fordelt på det år, hvor de blev syge. Resultaterne er præsenteret i figur 1. Det fremgår, at borgere der blev syge i 2010 i gennemsnit får en offentlig forsørgelsesydelse svarende til 83.718 kr., mens den gennemsnitlige forsørgelsesydelse er steget til 127.774 i 2014.



Analysen af eventuelle resultater på forsørgelsesudgiften i kraft af projektindsatsen kan ikke dokumenteres med nuværende datagrundlag. Hvis analysen gennemføres i de kommende år, vil der kunne leveres dokumentation for, om forsørgelsesudgifterne falder for borgere ramt af sygdom i projektårene 2013 og 2014 i de efterfølgende år i samme omfang som udgiftsudviklingen for borgere ramt af senhjerneskade i årene før projektindsatsen.

Nedenstående figur præsenterer resultater af analysen af progression i økonomiforbruget i årene efter, at borgeren blev ramt af sygdom.

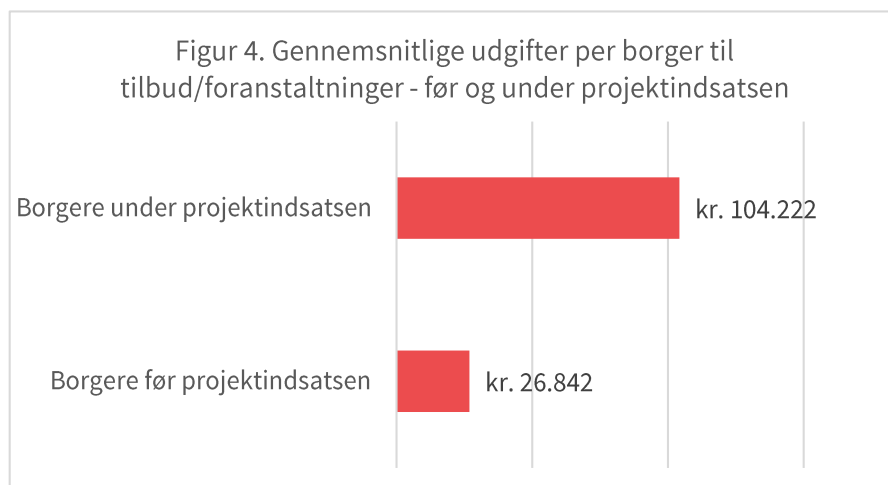


Det fremgår, at der i alle år har været en mindre positiv progression i forsørgelsesudgifter årene efter at borgerne blev ramt af senhjerneskade. Resultater viser, at kun 1 borgere i 2013 fik mindre forsørgelsesudgifter i 2014 end i 2013.

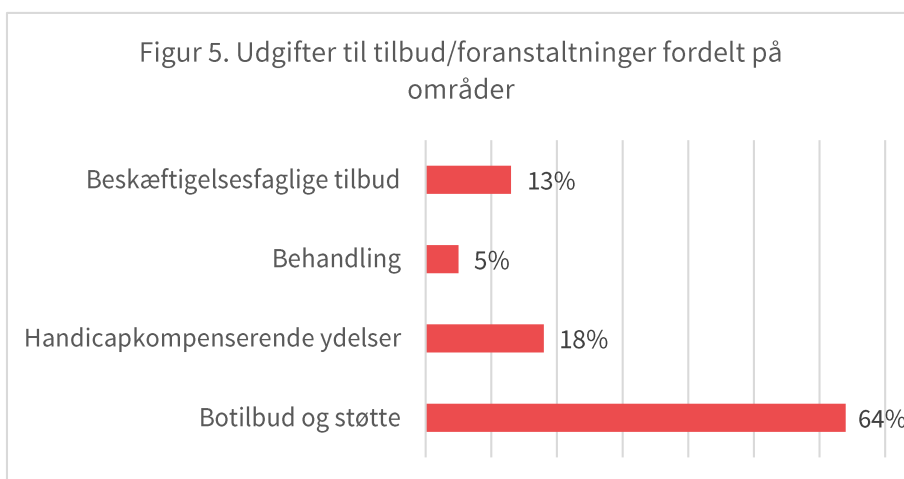
Udgifter til tilbud og foranstaltninger

Økonomianalysen viser, at den gennemsnitlige udgift til tilbud/foranstaltninger til borgere med senhjerneskade før og under projektperioden er steget meget markant – jf. figur 4. Stigningen kan skyldes, at der med projektindsatsen sættes tidligere og mere intensivt ind end før projektindsatsen.

Analyse af data viser imidlertid, at der er uforklarlige udsving i økonomiforbruget de enkelte år. Således er der i år 2012 slet ingen udgifter til botilbud, hvilket alle de øvrige år er den mest ressourcekrævende indsats.



I figur 5 er vist, hvordan udgifter til tilbud og foranstaltninger fordeles forholdsmæssigt mellem de forskellige tilbudstyper. Den største udgift er til botilbud og til handicapkompenserende ydelser.



De enkelte tilbudsområders forholdsmæssige andel af det samlede årlige forbrug til tilbud og foranstaltninger varierer meget fra år til år – jf. figur 6. Det fremgår, at botilbud og støtte har store variationer, mens behandling og beskæftigelsesfaglige tilbud næsten har samme andel alle år i perioden.

Variationerne kan skyldes ændringer i borgersammensætningen, hvor antallet af borgere på avanceret og specialiseret niveau enkelte år, har store indvirkninger på f.eks. udgifter til botilbud/støtte og behandling.

