

Analyse af børnehandicapområdet

Indhold

1. Indledning.....	2
2. Overordnet udvikling i antallet af børn og unge med handicap	3
2.1 Vækstfaktorer ift. antal børn og unge med handicap	3
2.2 Faktorer, der reducerer antal af børn og unge med handicap.....	6
2.3 Opsummering.....	7
3. Beskrivelse af børn og unge med handicap i København	8
3.1 Antal børn, vi hjælper	8
3.2 Ydelser til børn og unge med handicap.....	8
3.3 Børnenes handicap	11
3.4 Kønsfordeling	13
3.5 Aldersfordeling.....	13
3.6 Anbringelsesmønstret.....	14
3.7 Forældre til børn med handicap og deres forældrekompetencer	15
4. Tilbudsviften på børnehandicapområdet.....	16
4.1 Den aktuelle tilbudsvifte på børnehandicapområdet	16
4.2 Mulig udvidelse af tilbudsviften	16
5. Flow mellem børne- og voksenområdet.....	19
5.1 Venteliste til botilbud for 18-25-årige.....	19
5.2 Overgang til voksenlivet.....	21
6. Økonomi.....	22
6.1 Budget for børnehandicapområdet	22
6.2 Aktivitets- og enhedspriser.....	23
6.3 Den økonomiske udvikling inden for området.....	24
7. Faglige udfordringer og ambitioner	26
7.1 Faglige udfordringer og ambitioner på myndighedsniveau	26
7.2 Faglige udfordringer og ambitioner på udførerniveau	27
8. Konklusion.....	29

1. Indledning

Børnehandicapområdet i Københavns Kommune er kendetegnet ved, at der ikke er nedskrevet en overordnet vision eller forandringsteori for området. Området har endvidere været skarpt opdelt fagligt og økonomisk mellem forebyggelses- og anbringelsesområdet, hvilket har medført en manglende helhedstænkning på området og i forhold til de ydelser, der er tildelt.

Forvaltningen har på den baggrund besluttet, at der er behov for, at der bliver lavet en analyse af børnehandicapområdet. Analysen skal bruges som udgangspunkt for udarbejdelse af en overordnet strategi for børn og unge med handicap og deres familier samt en budgetmodel for området.

Formålet med analysen er nærmere at analysere målgruppen og dets behov samt at opnå viden ift. tilbudsviften, flow mellem børne- og voksenområdet, økonomien på området samt de faglige udfordringer og ambitioner, der er inden for børnehandicapområdet.

2. Overordnet udvikling i antallet af børn og unge med handicap

I det følgende præsenteres den overordnede udvikling i antallet af børn og unge med handicap på landsplan.

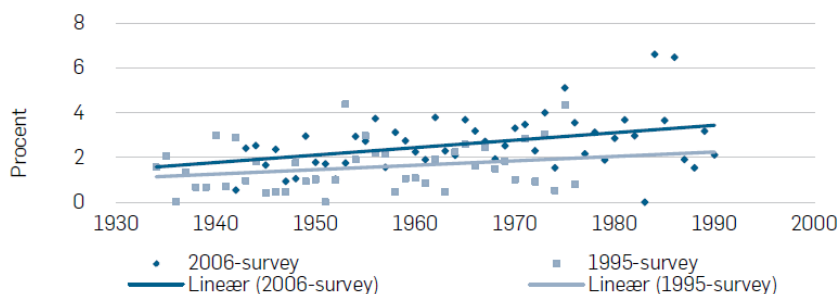
2.1 Vækstfaktorer ift. antal børn og unge med handicap

Forskningen¹ dokumenterer, at der er væksttendenser på flere planer inden for børnehandicapområdet:

Der fødes flere børn med handicap

I SFI's handicapsurvey fra 1995 og 2006 er et tilfældigt udvalg af personer blevet spurgt om, hvorvidt de havde medfødt handicap.

Andelen af personer i årgangene 1934-1990, som oplyser, at de er født med handicap. Særskilt for 1995 og 2006. Procent.



Kilde: SFI's handicapsurvey 1995 og 2006.

I 1995-surveyen rapporterede omkring 1 pct. af dem, der var født midt i 1930'erne, om et medfødt handicap, mens det samme var tilfældet for 2 pct. af dem, der var født midt i 1970'erne. I 2006-surveyen rapporterede 2 pct. af dem, der var født midt i 1940'erne, om medfødt handicap, mens det samme var tilfældet for lidt over 3 pct. af dem, der var født sidst i 1970'erne.

Det tyder på, at der fødes flere og flere børn med handicap. I løbet af de 11 år er der endvidere flere mennesker, der angiver, at de var født med et handicap. Det tyder på, at forskellen især ligger i, at handicapbegrebet er blevet udvidet i løbet af de 11 år. Nogle kan fx i løbet af de 11 år være blevet klar over, at de var født med ADHD. Dermed er det ikke kun en behovsbetinget udvikling, som ligger bag væksten på dette område, men også til en vis grad en definatorisk udvikling.

Tidligere fødsler betyder skader på flere børn umiddelbart efter fødslen

Antallet af for tidligt fødte børn er steget fra 2.258 børn i 1981 til 4.557 børn i 2003, hvor de udgjorde 7 pct. af alle fødsler. De 80 pct. af disse er dog kun født moderat for tidligt, dvs. efter mindst 32 uger.

Ekstrem tidligt fødte børn og børn med ekstremt lav fødselsvægt i 1994-95 er blevet undersøgt nærmere i ETFOL-undersøgelsen. I løbet af de 2 år blev der født

¹ Se bl.a. Steen Bengtsson, "Vækstfaktorer på det specialiserede socialområde", SFI 2012, som det følgende afsnit primært baserer sig på.

477 børn før 28 uger eller under 1.000 gram. 269 af disse overlevede behandlingen på neonatalafdelingen, og 94 pct. af disse indgik i en undersøgelse, da de var 4-5 år.

Tabellen nedenfor viser forskellen mellem disse børn og en kontrolgruppe:

Forekomst af en række typer af handicap hos børn født før 28 uger eller med fødselsvægt under 1.000 gram, sammenlignet med en kontrolgruppe af tilfældigt udvalgte børn. Procent.

	ETFOL-gruppen	Kontrolgruppen
Svagsynede	5	0,13
Cerebral parese	10	0,15
Motoriske vanskeligheder	19	1
Har været indlagt mindst én gang	49	15
Har været indlagt seneste år	14	3
Er ofte glad og veloplagt	61	66

Kilde: ETFOL-undersøgelsen (note 27).

ETFOL-undersøgelsen viser, at der er en øget risiko for handicap og oversygelighed blandt de for tidligt fødte børn, og undersøgelsen vil formentlig give anledning til flere fund af oversygelighed og handicap, efterhånden som børnene bliver ældre. En undersøgelse af børn, som vejede under 1.500 gram ved fødslen i Nordjylland, viser nemlig, at der er kommet betydeligt flere handicap, når børnene er 9-10 år (tabel nedenfor). I den alder er der omkring halvanden gange så mange, der har problemer, som i 3-4-års-alderen.

Forekomst af en række typer af handicap ved 3-4 års-alder og ved 9-10-års-alder hos børn, som er født med en fødselsvægt på under 1.500 gram. Procent.

	9-10 år gamle	3-4 år gamle
Er udviklet normalt	48 pct.	67 pct.
Under observation for udviklingsproblemer	22 pct.	14 pct.
Har mindre handicap	20 pct.	12 pct.
Har større handicap	12 pct.	7 pct.

Kilde: Nordjyllands-undersøgelsen (note 29).

Udover øget risiko for Cerebral Parese, motoriske vanskeligheder og synsnedsettelse hos for tidligt fødte børn, viser en anden undersøgelse øget forekomst af autisme blandt børnene. Undersøgelsen finder et positivt resultat på det anvendte autisme-screening-instrument hos 26 pct. af de børn, som blev født med en vægt under 1.500 gram. Det var især drengene og dem, der var mindst ved fødslen, der viste disse tegn. En tredje undersøgelse viser, at børn, der er født efter 34-36 graviditetsuger, har en risiko for at få HKD (hyperkinetic disorder), dvs. en særlig alvorlig udgave af ADHD, og som er øget med 70 pct. i forhold til børn født efter 39 uger. Børn født til tiden med en fødselsvægt på under 2.500 gram havde 90 pct. øget risiko for HKD i forhold til børn, som vejede over 3.000 gram ved fødslen. Endelig sættes tidlig fødsel og behandling for barnløshed i øvrigt i forbindelse med epilepsi i et dansk forskningsprojekt.

Hvis 6 pct. af børnene fødes før 37. uge, og 2 pct. før 34. uge, kan man på baggrund af ovenstående undersøgelser skønne, at der årligt er 1.000-1.500 børn, som på grund af tidlig fødsel pådrager sig et handicap eller får en forsinket udvikling.

Flere yngre mennesker får mobilitetshandicap

Som det ses af nedenstående tabel er antallet af personer i den yngste aldersgruppe med et alvorligt ganghandicap seksdoblet.

Antal personer med alvorligt ganghandicap pr. 1.000 i forskellige aldersgrupper, 1995 og 2006. Antal og procentuel vækst.

Personer m. alvorligt ganghandicap pr. 1.000	20-29 år	30-49 år	50-60 år	20-60 år
Handicapsurvey 1995	1,0	8,1	20,2	8,1
Handicapsurvey 2006	6,4	22,0	37,9	23,1
Vækst pr. år fra 1995-2006	18,3 pct.	9,6 pct.	5,8 pct.	10 pct.
Vækst i alt fra 1995-2006	540 pct.	172 pct.	88 pct.	185 pct.

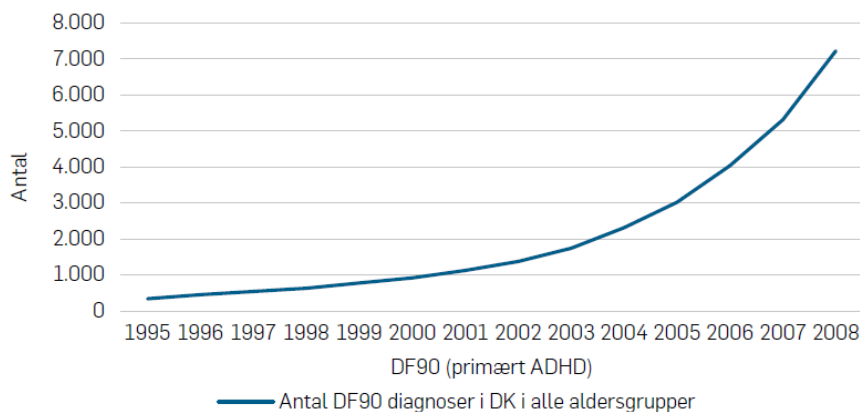
Kilde: SFI's handicapsurvey 1995 og 2006.

Udviklingen kan godt være en følge af de bedre behandlingsmuligheder og de bedre muligheder for at få nyfødte børn til at overleve.

Flere diagnoser på en række psykiske lidelser, herunder ADHD, Aspergers syndrom og OCD

Antal diagnoser af personer med opmærksomhedsforstyrrelse (herunder ADHD) viser en stigning på over 2.000 pct. i perioden fra 1995 til 2008.

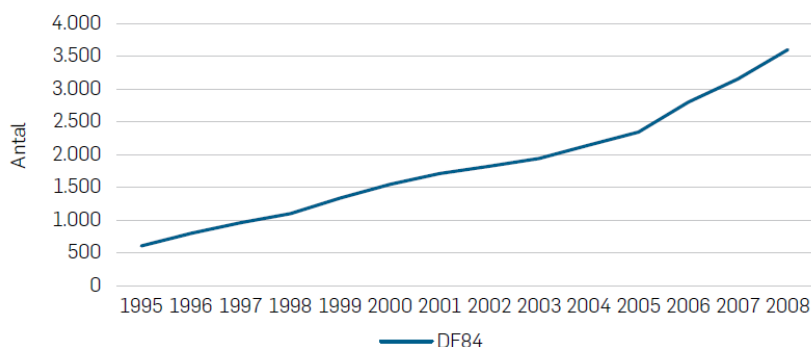
Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF90 (hyperkinetiske forstyrrelser, derunder ADHD) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

Der stilles ligeledes flere og flere diagnoser inden for autismspektret, hvor der er en stigning fra 1995 til 2008 på 800 pct.

Antal heldøgnspatienter og ambulante kontakter med DF84 (gennemgribende udviklingsforstyrrelse, dvs. autismespektrumforstyrrelser) som seneste diagnose. 1995-2008. Antal.



Kilde: Center for Psykiatrisk Forskning ved Aarhus Universitetshospital.

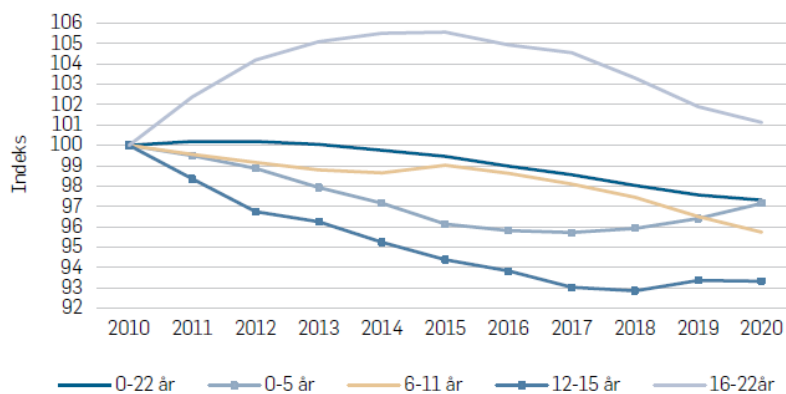
2.2 Faktorer, der reducerer antal af børn og unge med handicap

Der kan også findes eksempler på tendenser, der reducerer antallet af børn og unge med handicap:

Den demografiske udvikling betyder, at der vil komme relativt færre børn

For gruppen 0-22 år gælder det, at dens størrelse er nogenlunde uforandret de første 5 år, og at den aftager med i alt 3 pct. over de næste 5 år. Det dækker imidlertid over betydelige forskelle, når vi ser på undergrupper, hvilket er illustreret i nedenstående figur.

Befolkningsprognose for gruppen 0-22 år samt undergrupper, relativt (2010 = 100). Indeksverdier.



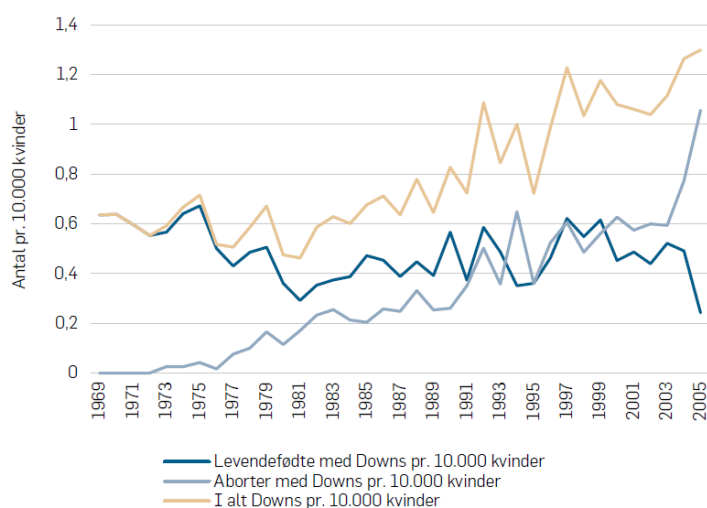
Kilde: Statistikbanken.

Gruppen af 16-22-årige vokser med 2 pct. om året de første år og med i alt 6 pct. frem til 2015. Gruppen af 12-15-årige formindskes, til den er 7 pct. mindre end nu i 2018. Også de 0-11-årige bliver der færre af.

Fosterdiagnostikken betyder, at der fødes færre børn med Downs syndrom

Antallet af levendefødte børn med Downs syndrom pr. 1.000 levendefødte børn har været nogenlunde konstant indtil 2004, hvorefter det pludselig er blevet halveret (se figur nedenfor). Siden 2006 har antallet af levendefødte børn med Downs syndrom stabiliseret sig omkring 25-30 børn om året.

Antal levendefødte børn og aborter med Downs syndrom pr. 10.000 kvinder i Danmark. 1969-2005. Antal.



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Mens antallet af levendefødte børn med Downs syndrom før 1970 udgjorde omkring 1 promille af samtlige levendefødte børn, og denne andel trods et stigende antal aborter holdt sig konstant indtil 2004, faldt antallet her til ½ promille, hvor det har holdt sig siden. En af grundene til det store antal Downs børn er, at en større del af alle fostre nu har Downs-anlæggene, fra de bliver til. Det hænger sammen med, at mødrene er ældre, når de føder, end de tidligere var.

2.3 Opsummering

Afsnittet viser, at der er udviklingstendenser, der peger på en stigning i antallet af børn og unge med handicap:

- Flere børn fødes med et handicap
- Tidligere fødsler betyder skader på flere børn umiddelbart efter fødslen
- Flere yngre mennesker får mobilitetshandicap
- Flere diagnoser på en række psykiske lidelser, herunder ADHD, Aspergers syndrom og OCD

Der er samtidig tendenser, der betyder en reduktion i antallet af børn og unge med handicap:

- Den demografiske udvikling betyder, at der vil komme relativt færre børn
- Fosterdiagnostikken betyder, at der fødes færre børn med Downs syndrom

Det er dermed svært at forudse udviklingen på området, da tendenserne på landsplan peger i hver sin retning. Hvis det samlede antal af børn og unge med handicap stiger, vil det kunne betyde en stigende efterspørgsel i forhold til indsatser og foranstaltninger og et øget økonomisk pres på området.

3. Beskrivelse af børn og unge med handicap i København

I dette analyseafsnit præsenteres gruppen af børn og unge med handicap, som Socialforvaltningen hjælper, herunder deres behov, køns- og aldersfordeling, handicap mv.

Udgangspunktet for afsnittet er aktive sager i Handicapcenter København ultimo oktober 2012. Det er desværre ikke muligt at vise udviklingen ift. de tidligere år, da datamaterialet ikke er validt. Derfor bærer analysen præg af at være et "øjebliksbillede" af målgruppen.

3.1 Antal børn, vi hjælper

Af tabellen nedenfor fremgår, hvor mange børn med handicap, der får hjælp af Socialforvaltningen i Københavns Kommune.

Antal	Ultimo oktober 2012
Børnefaglige undersøgelser efter Servicelovens § 50	14
Udredningsforløb efter § 84	8
Børn og unge anbragt udenfor hjemmet	159
Børn og unge som modtager forebyggende foranstaltninger	339
Øvrigt område for støtte i hjemmet fx merudgifter, råd og vejl.	1.268
Total	1.545

Bem.: Total er ikke en simpel opsummering af ovenstående sager, da der er børn og unge med flere indsatser/ydelser, og i så fald tæller sagen kun én gang i total for antal sager. Tabt arbejdsfortjeneste indgår ikke i total, da udgifter bliver registreret på forældre cpr. nr.

Endvidere er der i 2012 modtaget 1.408 ansøgninger om hjælpemidler for børn og unge 0-18 år fordelt på 756 cpr. nr. Heraf er der bevilget støtte i 975 tilfælde, givet afslag i 173 tilfælde, og 260 ansøgninger er endnu ikke afgjort.

Tilgangen af børn med handicap til Børnefamilieenheden i Handicapcentret er ca. 10 børn om måneden. Ikke alle sager, der målgruppeplaceres til Børnefamilieenheden, får en aktiv sag med det samme. Det indikerer blot antallet af børn og unge, der vurderes at tilhøre den nuværende målgruppe og som potentielt kan få en aktiv sag, såfremt deres støttebehov bliver inden for de ydelsesområder, der behandles i enheden.

3.2 Ydelser til børn og unge med handicap

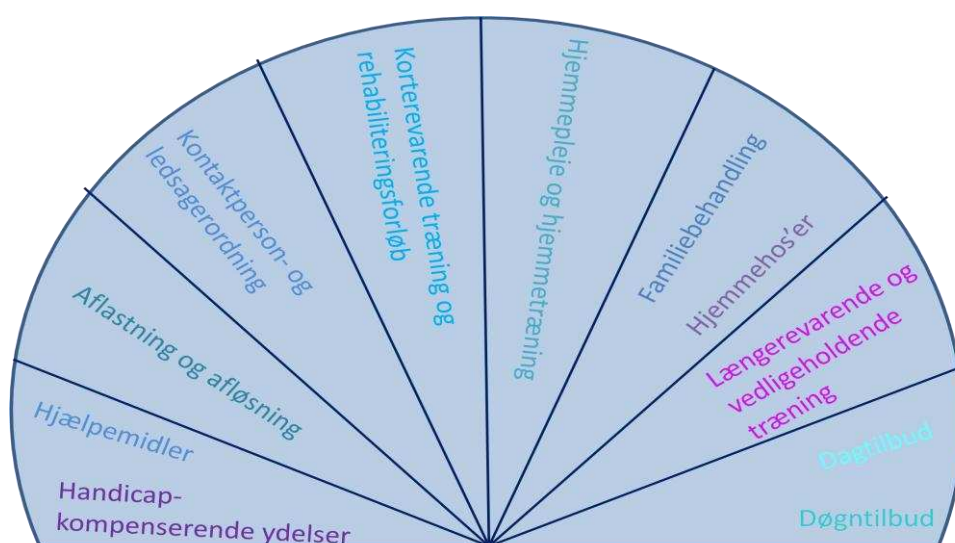
Børn og unge med handicap modtager en række forskellige ydelser, der behandles af forskellige enheder i Handicapcentret. En sag vedrørende et barn med handicap er således potentielt opdelt mellem Børnefamilieenheden, Hjælpemiddelenheden og Enheden for Handicapkompenserende Ydelser.

Børnefamilieenheden yder råd og vejledning og træffer beslutninger om foranstaltninger overfor familier med børn og unge under 18 år med betydelig og varig fysisk eller psykisk funktionsnedsættelse, eller som er kronisk eller langvarigt syge. Udgangspunktet er Lov om Social Service, hvor man yder støtte til familierne med henblik på at udvikle barnet eller den unge, forældrene eller den samlede familie i forhold til, at de fx kan have barnet boende hjemme længst mulig tid. Dette arbejde er karakteriseret ved, at der arbejdes med handleplaner, hvori der opstilles mål for foranstaltningen, som der løbende følges op på.

Hjælpemiddelenheden yder råd og vejledning og træffer afgørelser på områderne personlige hjælpemidler, tekniske hjælpemidler, handicapbiler og boligændringer.

Enheden for Handicapkomenserende Ydelser behandler ansøgninger om merudgifter til børn og unge med handicap (Servicelovens § 41) og tabt arbejdsfortjeneste til forældre til børn og unge med handicap (Servicelovens § 42). Hjælp efter disse bestemmelser er karakteriseret ved, at der ligger et kompensationsprincip bag bestemmelserne. Familierne skal således kompenseres for den funktionsnedsættelse, som barnet eller den unge har.

De konkrete ydelser, som børn med handicap og deres familier modtager fremgår af nedenstående ydelsespalet:



Denne analyse fokuserer primært på de ydelser, der behandles af Børnefamilieenheden, herunder døgntilbud, dagtilbud, forebyggende foranstaltninger og øvrigt område for støtte i hjemmet.

Døgntilbudsområdet (anbringelser) består af indsatser som familiepleje, netværksfamiliepleje, socialpædagogiske opholdssteder og døgninstitutioner. Børn og unge med handicap, som modtager døgntilbud fordeler sig aktuelt således:

Indsats	Antal børn og unge
Familiepleje	32
Netværksfamiliepleje	3
Socialpædagogiske opholdssteder	37
Døgninstitutioner	87
Total (døgntilbud)	159

Dagtilbud består af dagbehandling på døgninstitutioner eller dagbehandling privat. Børn og unge, som modtager dagbehandling, fordeler sig således:

Indsats	Antal børn og unge
Dagbehandling, døgninstitution	18
Dagbehandling, privat	61
Total (dagtilbud)	79

Forebyggende foranstaltninger består af en række ydelser og indsatser, som ultimo oktober 2012 fordelte sig således:

Børn og unge, som modtager forebyggende foranstaltninger	Ultimo oktober 2012
Hjemmehos'er	27
Dagbehandling, døgninstitution	18
Dagbehandling, privat	61
Familiebehandling og psykolog	7
Aflastningsophold	172
Kontaktperson	44
Anden hjælp	31
Økonomisk støtte	36
Total	339

Bem.: Total er ikke en simpel opsummering af ovenstående sager, da der er børn og unge med flere indsatser/ydelser, og i så fald tæller sagen kun én gang i total for antal sager.

Det øvrige område for støtte i hjemmet samt merudgiftsydelser og tabt arbejdsfortjeneste fordelte sig således:

Øvrigt område for støtte i hjemmet		Ultimo oktober 2012
Behandlingsmæssig friplads	Dagtilbudsloven	238
Råd og vejledning, rehabilitering	§ 11	26
Afløsning i hjemmet	§ 84	107
Hjemmepleje	§ 83	14
Vedligeholdelsestræning	§ 86	1
Hjemmetræning	§ 32	22
Merudgiftsydelse	§ 41	1.085
Tabt arbejdsfortjeneste	§ 42	549
Total		1.268

Bem.: Total er ikke en simpel opsummering af ovenstående sager, da der er børn og unge med flere indsatser/ydelser, og i så fald tæller sagen kun én gang i total for antal sager. Tabt arbejdsfortjeneste indgår ikke i total, da udgifter bliver registreret på forældre cpr.nr. Der kan i øvrigt være børnesager, hvor begge forældre modtager tabt arbejdsfortjeneste, samt sager hvor forældre har flere handicappede børn.

Udviklingen i 2012 har for så vidt angår de forebyggende foranstaltninger været præget af en stigning i primært privat dagbehandling, mens det øvrige område for støtte i hjemmet har været kendetegnet ved en kraftig stigning i forhold til afløsning i hjemmet (§ 84) og hjemmepleje (§ 83). Udviklingen forventes at fortsætte i 2013, men anden støtte i hjemmet er dog forbundet med en del usikkerhed grundet genopretningen i Enheden for Handicapkompenserende Ydelser på merudgiftsområdet.

3.3 Børnenes handicap

For at være omfattet af Handicapcentrets målgruppe skal der være tale om, at barnet eller den unge har en varig eller væsentlig funktionsnedsættelse. De pågældende børn og unge bliver registreret på otte forskellige handicapkoder i systemet:

Handicapkode	Beskrivelse	Hovedgruppe	
1	Psykisk udviklingshæmmede	Børn med IQ under 50	Psykisk udviklingshæmmet
2	Synshandicap	Børn med væsentlig og varig funktionsnedsættelse som er tilmeldt synsregistret	Fysisk funktionsnedsat
3	Døv/ Tunghør	Børn, som er døve eller tunghørende	
4	Tunghør – øvrigt	Børn, som er tunghørende	
5	Bevægelsehandicap	Alle former for fysisk nedsat funktionsevne, bl.a. CP-børn, rygmarvsbrøk mv.	
6	Epileptikere	Epileptikere er omfattet af målgruppen i de tilfælde, hvor barnets epilepsi ikke kan behandles.	
7	Tale/ sproghandicap	Typisk børn med dyspraksi eller mutisme – men ofte i sammenhæng med andet indgribende handicap	
8	Psykisk /fysisk handicap	Autisme, Aspergers samt børn med kræft. Kategorien omfatter desuden børn med funktionsnedsættelser, der ikke indgår i de overstående kategorier	Psykiske udviklingsforstyrrelser og børn med andre funktionsnedsættelser, som ikke er omfattet af de andre hovedgrupper

Da der kan være tale om flere forskellige handicaps for det enkelte barn, åbner ovenstående otte handicapkoder op for en del forskellige kombinationer, og i det følgende sondres der mellem tre hovedgrupper: 1) Psykisk udviklingshæmmet, 2) fysisk funktionsnedsat og 3) psykisk udviklingsforstyrret og børn med andre funktionsnedsættelser, der ikke er omfattet af de andre to hovedgrupper.

Nedenstående tabel viser de tre hovedgrupper af handicapkoder for de forskellige områder, hvor børnene godt kan være placeret i mere end én hovedgruppe. Fx kan et barn både være psykisk udviklingshæmmet og være fysisk funktionsnedsat.

Område	Antal børn og unge	Psykisk udviklingshæmmet	Fysisk funktionsnedsat	Psykisk udviklingsforstyrret mm.
Anbringelser	159	84	38	110
Dagbehandling	79	12	2	64

Aflastningsophold	172	83	63	112
Forebyggende foranstaltninger derudover	145	31	26	88
Øvrigt område for støtte i hjemmet	170	64	48	88
Total	725	274	177	462

Bem.: Eksklusiv § 41 og 42 samt behandlingsmæssige fripladser, da der ikke registreres handicapkoder i disse sager.

Ca. 2/3 af de børn og unge med handicap, som modtager ydelser og hjælp i Socialforvaltningen, er psykisk udviklingsforstyrret eller har andre former for funktionsnedsættelser, der ikke er omfattet af de andre hovedgrupper.

Børn og unge, som bliver anbragt uden for hjemmet, er primært karakteriseret ved at være psykisk udviklingshæmmet eller psykisk udviklingsforstyrret/andre funktionsnedsættelser.

3.4 Kønsfordeling

En undersøgelse af børnenes kønsfordeling viser, at drenge er overrepræsenteret generelt på børnehandicapområdet med 66 % mod 34 % piger. Det er særligt i forhold til bl.a. dagbehandling og anbringelse på socialpædagogiske opholdssteder, hvor drengene er betydeligt overrepræsenteret.

I 74 % af anbringelserne er det en dreng, som bliver anbragt uden for hjemmet, hvor det kun er en pige i 26 % af anbringelserne.

Piger er dog overrepræsenteret i forhold til familiebehandling (57 %).

3.5 Aldersfordeling

Børnenes behov udvikler sig typisk over tid. Nedenstående tabel viser aldersfordelingen for anbringelser, forebyggende foranstaltninger og det øvrige område for støtte:

Områder	0-6 år	7-12 år	13-17 år	18-22 år
Anbringelser	5 %	26 %	46 %	23 %
Forebyggende foranstaltninger	9 %	41 %	48 %	2 %
Øvrigt område for støtte	21 %	45 %	34 %	1 %

Generelt er det primært børn med handicap i aldersgrupperne 7-12 år og 13-17 år, som modtager støtte. På de yngre alderstrin 0-6 år fylder det øvrige område for

støtte mest. Anbringelser fylder mere for de unge 13-17-årige (46 %) og er også den typiske efterværnsforanstaltning for 18-22-årige.

Nedenstående tabel viser aldersfordelingen for anbragte børn og unge. Den laveste gennemsnitsalder findes på familiepleje og den højeste gennemsnitsalder findes på socialpædagogiske opholdssteder (efterværnssager mv.).

Anbringelsessted	0-6 år	7-12 år	13-17 år	18-22 år
Døgninstitution	3 %	25 %	47 %	24 %
Familiepleje	13 %	41 %	44 %	3 %
Netværksfamiliepleje	0 %	33 %	67 %	0 %
Socialpæd. Opholdssteder	3 %	14 %	43 %	41 %

3.6 Anbringelsesmønsteret

Den gennemsnitlige alder for anbragte børn i Handicapcentret er 14,1 år, hvilket dækker over en spredning på en gennemsnitsalder på 11,8 år for børn i familiepleje og 16,0 år for børn og unge på socialpædagogiske opholdssteder.

Den relativt høje gennemsnitsalder for en anbringelse skyldes primært, at forældre til børn med handicap prøver at beholde børnene i eget hjem så længe som muligt, og at nogle børn først bliver diagnosticeret i skolealderen.

Ud af de 159 anbringelser på børnehandicapområdet er langt de fleste anbringelser frivillige anbringelser med samtykke fra forældremyndighedshaver eller den unge selv. Kun otte anbringelser er anbringelser uden samtykke og én anbringelse er akut tvang. Dog er det vurderingen, at der arbejdes mere med muligheden for at iværksætte foranstaltninger i form af anbringelser uden for hjemmet uden samtykke fra forældremyndighedsindehaver eller den unge selv. Dette skal også ses i sammenhæng med den generelle udvikling inden for børneområdet de senere år. Således giver Barnets Reform meget tydelig retningslinjer for kommunerne på, at barnet og den unge og deres behov for tryghed og udvikling skal i centrum frem for forældrenes egne ønsker.

Over halvdelen af de anbragte børn er anbragt på en døgninstitution. Dette hænger sammen med, at anbringelsen er begrundet i deres funktionsnedsættelse, hvor et massivt pleje- og/eller pasningsbehov hos det enkelte barn eller unge betyder, at det er svært at rumme barnet eller den unge i plejefamilier.

Der er et højt antal anbragte børn i aldersgruppen 18-22 år med efterværn (24 % ud af de anbragte børn). Dette skyldes, at en del unge med funktionsnedsættelse venter på et §§107/108 botilbud. En gennemgang af 15 efterværnssager viste, at 13 ud af 15 unge venter på et §§107/108 botilbud.

3.7 Forældre til børn med handicap og deres forældrekompetencer

Idet man ikke foretager registreringer i Handicapcentret af, om familiens støttebehov bunder alene i barnets funktionsnedsættelse, eller om det også er begrundet i forældrenes manglende forældreevne eller begrænsede ressourcer, bygger dette afsnit alene på de observationer medarbejdere og ledelsen i Børnefamilieenheden har gjort sig over de senere år.

Det er vurderingen, at der er sket en udvikling over de sidste 5-10 år, hvor man er gået fra, at hjælp og støtte til børn med handicap og deres familier alene var begrundet i barnets funktionsnedsættelse, til i større omfang også at være begrundet i forældrenes begrænsede ressourcer.

Det kan fylde meget i en familie, at man har fået et barn med en funktionsnedsættelse. Alt efter karakteren af funktionsnedsættelsen, kan forældrenes tilgang til barnet, deres tilrettelæggelse af hverdagen samt deres krav til barnet eller den unge få indflydelse på, hvordan barnet udvikler sig. Dette gør sig gældende overfor alle børn og unge, men får en særligt betydning i forhold til de børn og unge, som har en funktionsnedsættelse og stiller af denne grund selvfølgelig også særlige krav til forældrene.

Der er flere undersøgelser, bl.a. en SFI-undersøgelse fra 2011², der viser en øget skilsmisseprocent i familier, hvor der er et eller flere børn med funktionsnedsættelser. Dette skyldes bl.a. det ekstra pres, funktionsnedsættelsen lægger på familien og dermed de øgede krav, der stilles til familien. Endvidere ses der en generel stigning på børnehandicapområdet, hvor flere børn får stillet diagnoser inden for autismeområdet samt ADHD-, ADD og GUA-diagnoser samt andre mere psykiatriske diagnoser som Tourette og OCD, jf. side 6.

En umiddelbar gennemgang af de børn og unge, der er anbragt i plejefamilier, viser, at langt størstedelen af disse børn og unge primært er anbragt grundet forhold hos forældrene.

Stigningen af bevillinger af familiebehandling underbygger, at der i flere sager end tidligere er behov for også at arbejde med forældrenes forældreevne i et mere behandlingsorienteret forløb end blot ved korterevarende råd- og vejledningsforløb. Fokus skal hele tiden være på, at barnet eller den unge får de bedste rammer i hjemmet, således at det kan udvikle og udnytte sit potentiale mest muligt.

² Lisbeth Trille G. Loft, SFI 2011:

<http://www.sfi.dk/Default.aspx?ID=5034&PID=11149&Action=1&NewsId=3251>

4. Tilbudsviften på børnehandicapområdet

I det følgende præsenteres den aktuelle tilbudsvifte på børnehandicapområdet og efterfølgende gøres nogle tanker i forhold til mulig udvidelse af tilbudsviften, særligt i forhold til tidlig indsats.

4.1 Den aktuelle tilbudsvifte på børnehandicapområdet

Handicapcenter København har mulighed for at benytte tilbud enten i Center for Børn med Handicap, der ligger under Drifts- og udviklingskontoret for Handicap, tilbud under Drifts- og udviklingskontoret for Børn eller eksterne tilbud.

En gennemgang af tilbudsviften på børnehandicapområdet viser, at døgn-, dag- og aflastningspladserne aktuelt er forankret på følgende vis:

	Center for Børn med handicap	Drifts- og udviklingskontoret for Børn	Køb af eksterne pladser	I alt
Døgntilbud	71 pladser	13 pladser	11 pladser	116 pladser
Dagtilbud	24 pladser	5 pladser	61 pladser	90 pladser
Aflastning	34 pladser	0 pladser	186 pladser ³	220 pladser

4.2 Mulig udvidelse af tilbudsviften

I det følgende ses på mulig udvidelse af tilbudsviften i forhold til døgn- og dagområdet samt forebyggende foranstaltninger.

Døgnpladser:

Handicapcenter København har adgang til 71 døgnpladser i Center for Børn med Handicap (CBH), hvoraf de 63 pt. benyttes af Handicapcentret og de resterende pladser sælges til Børnefamiliecenter København og andre kommuner.

I forbindelse med nye anbringelser vurderes det først og fremmest, hvilken type af tilbud barnet har behov for og den mindst indgribende foranstaltning vil blive prioriteret. Hvis barnet har behov, som kan imødekommes i CBH, vil barnet altid blive anbragt i CBH, såfremt der er ledig plads eller mulighed for en merindskrivning som alternativ til køb af plads på anden kommunes specialinstitution.

De børn, der er anbragt på købte pladser, kan overordnet inddeles i fem grupper:

- 1) "Enere"; der dækker over akutanbragte børn og unge, børn i skærmede enheder og kriminelle unge.

³ De købte aflastningspladser dækker over hhv. aflastning på institution, aflastningsfamilie og aflastning/afløsning efter § 84.

- 2) Pladsmangel i CBH; Børn og unge som tilhører målgruppen i CBH men hvor der ikke er ledig plads.
- 3) Unge med behandlingsbehov; Vi har en stor gruppe unge der har behov for et behandlingstilbud der kan imødekomme deres behov både i forhold til struktur og behandling i forhold til deres psykiatriske lidelser.
- 4) Psykosociale problemstillinger (lettere handicap); Disse børns behov kan bedst imødekommes på DU-børninstitutioner eller i mindre opholdssteder.
- 5) Mindre normalt begavede børn med autisme; disse børn har behov for små opholdssteder i familielignende rammer.

Det er særligt målgruppen pladsmangel i CBH (gruppe 2) og børn med et udbredt behandlingsbehov (gruppe 3), der giver anledning til at drøfte en udvidelse af CBHs tilbudsvifte ift. døgntilbud, og om der er behov for fornyet sagsgange på området, så der kan skabes en større styring af området, så CBHs kapacitet kan følge den forventede udvikling på området.

Målgruppen af børn med behandlingsbehov omfatter børn og unge med et udbredt behandlingsbehov på grund af kombinationen af autismeproblematikker og psykiatriske lidelser. Disse børn har ofte behov for et helhedstilbud, så der både arbejdes med barnet i døgntilbuddet, men også i en tilknyttet intern skole (grundskole og STU). Endvidere kan det bemærkes, at det er denne målgruppe, der udgør den største andel af komplekse sager mellem Børne- og Ungdomsforvaltningen og Socialforvaltningen.

Dagtilbud

Den aktuelle tilbudsvifte viser, at der er et potentiale i forhold til at udvide dagtilbudsområdet, da tilbudsviften viser, at 61 ud af 90 pladser aktuelt købes eksternt.

Forebyggende foranstaltninger ift. tidlig indsats

Analysen af målgruppen viser endvidere et udviklingspotentiale i forhold til forebyggende foranstaltninger. Særligt forvaltningens tidlige indsats overfor målgruppen børn i alderen 0-6 år med funktionsnedsættelser har et udviklingspotentiale. I før-skole alderen løses mange af familiernes særlige behov for støtte i hjemmet ved, at der kan iværksættes hjælp i form af merudgifter eller tabt arbejdsfortjeneste. Ved at sætte ind med mere støtte og vejledning til familierne, før barnet kommer i skolealderen, kan forvaltningen muligvis støtte op om familiens nye hverdag og derved undgå at eventuelle problemer udvikler sig. Ofte kan manglende redskaber efterlade forældre, selv dem med høje forældrekompetencer og ressourcer, i en magtesløs tilstand, da de usikre på deres børns behov. I disse sager kan en tidlig indsats medvirke til, at familierne får den nødvendige støtte til at bibeholde barnet i hjemmet. Andre typer af tidlig indsats, der kan nævnes af forældregrupper, fx for familier med børn, der for nylig er diagnosticerede med autisme.

Der har ikke tidligere været tænkt i at udvikle forebyggende tilbud som en del af leverandørsiden i forvaltningen. I stedet har man på børnehandicapområdet valgt at skulle ud og købe de fleste ydelser fra private leverandører, undtagen aflastning uden for hjemmet. Det begrænsede fokus på tidlig indsats skyldes bl.a., at en del børn først får stillet diagnoserne oppe i skolealderen. Derudover har familierne til de mindre børn primært blevet hjulpet gennem de handicapkompenserende bestemmelser og mindre rådgivnings- og vejledningsforløb, der tidligere også har været bevilget efter servicelovens § 41, men nu bevilges efter servicelovens § 11. Kendetegnet ved handicapmålgruppen er, at problemerne ofte vokser proportionelt med barnet. Det er først, når børnene fysisk bliver lidt større, at det kan være svært for forældrene at håndtere fx meget udadreagerende eller plejkrævende børn. Der bør derfor fokuseres på familien, når der sættes ind med forebyggende foranstaltninger og tidlig indsats. Herunder muligheden for at sætte ind med forskellige aflastningsmuligheder. Aflastning uden for hjemmet blev tidligere udelukkende bevilget efter § 52, stk. 3, nr. 5, men bliver nu også bevilget efter § 84 siden 1. januar 2011. Aflastning efter servicelovens § 84 adskiller sig fra aflastningsbestemmelsen ved at blive kaldt afløsning. Afløsning gives til familier med et handicappet familiemedlem, som enten er meget plejkrævende eller pasningskrævende. Afløsningen er derfor begrundet i familiemedlemmernes behov for et pusterum og ikke barnets behov.

5. Flow mellem børne- og voksenområdet

Flow mellem børneområdet og voksenområdet belyses i det følgende afsnit ud fra venteliste til botilbud for 18-25-årige og hensyn i forbindelse med overgangen til voksenlivet for unge med handicap.

5.1 Venteliste til botilbud for 18-25-årige

Der er aktuelt 120 unge mellem 18 og 25 år, som venter på et § 107- eller § 108-botilbud på voksenområdet. Det fordeler sig, så 51 unge venter på et § 107-botilbud, 67 unge venter på et § 108-botilbud og 2 unge venter på et § 107/108-botilbud.

Den aktuelle venteliste til § 107-botilbud for de 18-25-årige fremgår nedenfor fordelt på handicap:

Alder	Psykisk udviklingshæmmet	Fysisk funktionsnedsat	Psykisk udviklingsforstyrret	Total (antal unge)
18 år	7	1	6	14
19 år	7	1	2	10
20 år	5	0	3	8
21 år	4	2	1	7
22 år	1	0	2	3
23 år	4	1	0	5
24 år	1	1	0	2
25 år	0	0	2	2
Total	29	5	16	51

Den aktuelle venteliste til § 108-botilbud for de 18-25-årige fremgår nedenfor fordelt på handicap:

Alder	Psykisk udviklingshæmmet	Fysisk funktionsnedsat	Psykisk udviklingsforstyrret	Total (antal unge)
18 år	9	3	1	13
19 år	9	1	3	13
20 år	10	1	2	13
21 år	5	0	1	6

22 år	6	0	2	8
23 år	6	0	1	7
24 år	4	0	0	4
25 år	3	0	0	3
Total	52	5	10	67

Langt de fleste unge, som venter på et § 107- eller et § 108-botilbud bor hjemme hos deres forældre. Ud af de 51 unge, som venter på et § 107-botilbud er 42 hjemmeboende og ud af de 67 unge, som venter på et § 108-botilbud er 57 hjemmeboende. Disse familier kan kræve ekstra støtte fra forvaltningen i ventetiden for et botilbud.

Nedenfor fremgår en oversigt over, hvilke tilbud som de unge venter på:

Center	§ 107-tilbud	§ 108-tilbud	§107/108-tilbud	Total	
Center for variable boformer		2	7	0	9
Center Campo		1	1	0	2
Center for Autisme og Specialpædagogik		8	15	0	23
Center for fysisk handicap		3	1	0	4
Center for Multiple Funktionsnedsættelser		6	16	0	22
Center for Selvstændige Boforner		27	23	1	51
Køb (eksternt)		2	1	0	3
(Tom)		2	1	1	4
Total		51	67	2	120

Ventelisten viser, at der aktuelt er behov for følgende botilbudstyper:

- Døgndækkede botilbud for borgere med udviklingshæmning og autisme

- Botilbud uden døgndækning for normalt begavede borgere med autisme
- Døgndækkede botilbud for borgere med multiple funktionsnedsættelser
- Døgndækkede botilbud for borgere med udviklingshæmmede i middelsvær grad.

Som følge af udvikling i forhold til antal børn og unge med handicap, jf. kapitel 2, er der ikke nogen grund til at antage, at de senere års udvikling på området ikke skulle fortsætte. Der er derfor behov for, at der bliver etableret botilbud til denne gruppe af unge. Derudover vil en del af de unge kunne gøres klar til egen bolig via efterværn. Endvidere vil en del unge, som kan bo i egen bolig, have brug for støtte efter servicelovens § 85.

5.2 Overgang til voksenlivet

Det er vigtigt, at den unge med et handicap oplever en koordineret indsats, således at overgangen til voksenlivet opleves så sammenhængende som muligt.

Internt i forvaltningen er der i Handicapcentret udarbejdet en procedure for overgangen fra barn til voksen, der skal lette samarbejdet væsentligt i forhold til tidligere, og som skal sikre, at Voksenenheden får kendskab til sagerne, når den unge er 17,2 år. Lige nu er det en udfordring i forhold til overgangen, at der er en del unge, som er bevilget efterværn, alene fordi der er ventelister på voksenområdet botilbud. Det er unge, der har været anbragt forud for deres fyldte 18. år, og som vurderes ikke at kunne klare sig selv i egen bolig eller hjemme hos forældrene. Dette lægger pres, dels på børnepladserne rent økonomisk, idet børneområdet bruger en del af anbringelsesbudgettet på unge over 18. år, dels på de administrative ressourcer, idet der skal laves ½ årlige opfølgninger, så længe en ung er anbragt efter børnebestemmelserne. En mulighed for at afhjælpe problemerne, hvis voksenområdet ikke selv kan afhjælpe ventelisterne, kan være, at institutioner som fx Svanehuset også godkendes efter voksenbestemmelserne. Herved kan den unge blive boende indtil, der er fundet et egnet botilbud, ligesom sagen kan overgå til behandling i Voksenenheden. Således er der behov for tilbud, der både er godkendt efter § 66 og §§ 107/108.

Overgangen til voksenlivet indebærer også nogle nye indsatser for den unge på tværs af forvaltningerne i forhold til uddannelse og beskæftigelse. Der er derfor opstartet ½ årlige informationsmøder i Handicapcentret, hvor alle unge, som aldersmæssigt hører inden for målgruppen, og deres forældre inviteres. Det er frivilligt, om de vil deltage, men det giver dem mulighed for at møde en lang række samarbejdsparter inden for kommunen, som de kan skulle have kontakt til, når den unge er fyldt 18 år.

6. Økonomi

I det følgende fremgår budget for børnehandicapområdet, aktivitets- og enhedspriser samt den økonomiske udvikling inden for området.

6.1 Budget for børnehandicapområdet

Budgettet for børnehandicapområdet er i 2013 på 262 mio. kr. fordelt på følgende poster:

Aktiviteter ⁴	Udmeldt budget 2013 netto i mio. kr
Plejefamilier og opholdssteder mv.	54,0
Aflastningsordninger	15,8
Forebyggende foranstaltninger	46,9
Køb: Døgninstitutioner - børn og unge	29,9
Salg: Døgninstitutioner - børn og unge	-6,2
Døgntilbud - børn og unge (Socialforvaltningens egne tilbud)	121,9
I alt	262,3

⁴ Aktiviteterne "Køb: Døgninstitutioner – børn og unge" og "Salg: Døgninstitutioner – børn og unge" vedrører køb af døgninstitutionspladser udenbys og salg af døgninstitutionspladser til udenbys borgere. Aktiviteten "Døgntilbud – børn og unge" vedrører Socialforvaltningens egne døgninstitutionstilbud. I forbindelse med fordelingen af budgetter på handicapområdet i 2013 har Socialudvalget pr. 21. november 2012 godkendt sagen "Handicap i balance 2013". Heri flyttes der bl.a. budget fra aktiviteten "Køb: Døgninstitutioner – børn og unge" hen til aktiviteten "Forebyggende foranstaltninger".

6.2 Aktivitets- og enhedspriser

Nedenstående oversigt viser antal og enhedspriser for kategorierne døgntilbud, dagtilbud og aflastning.

	Antal helårspladser ⁵				Gennemsnitspriser 2012 ⁶ (pr. døgn)		
	CBH	DU Børn	Køb	I alt	CBH	DU Børn	Køb
Døgntilbud	71	13	11	95	2.130	3.017	2.938
Dagtilbud	24	5	61	90	751	1.156	754
Aflastning	34	0	15,8*	49,8	1.532	-	1.925

Bem.: Køb af aflastningstilbud dækker hovedsageligt aflastningstilbud hos aflastningsfamilier og afløsning i hjemmet, samt aflastning på institutioner i andre kommuner. Det er ikke muligt at omregne Socialforvaltningens køb af afløsning i hjemmet til antal helårspladser og priser pr. døgn. Derfor fremgår afløsning i hjemmet ikke under køb af aflastningspladser ovenfor. Afløsning i hjemmet tegner sig for ca. halvdelen af alle køb af aflastningstilbud i Socialforvaltningen.

Gennemsnitsprisen for CBHs tilbud er beregnet ud fra en intern pladspris, der svarer til den udgift, Socialforvaltningen afholder pr. plads. Gennemsnittet for DU Børns tilbud og eksterne tilbud er beregnet ud fra Tilbudsportalen priser. I de gennemsnitlige priser er ikke medtaget udgifter til transport og ekstraressourcer.

Det skal bemærkes, at gennemsnitspriserne skal tages med forbehold for specifikke målgrupper, den konkrete indsats og tilbuddenes kapacitet, som afviger på de enkelte områder. Indsatsen i forhold til det enkelte barn kan derfor afvige væsentligt, både internt på områderne og mellem områderne, uanset om gennemsnitprisen er lav eller høj.

Gennemsnitpriserne er udtryk for det nugældende gennemsnitlige politisk vedtaget aktivitets- og serviceniveau, og gennemsnitprisen på både DU Handicaps (CBHs) tilbud og DU Børns tilbud kan derfor hæves eller sænkes. Gennemsnitpriserne indeholder alle udgifter og derfor vil en udvidelse ikke umiddelbart medføre behov for et budget svarende til gennemsnitsprisen, men en reduktion i kapaciteten muliggør omvendt heller ikke en tilsvarende reduktion i budgettet.

I oversigten på næste side fremgår pladsprisen for at udvide CBHs tilbud med én ekstra plads.

⁵Her kan man se antal budgetterede pladser på CBH for 2013 og antal købte pladser fra DU Børn og eksternt i 2012.

⁶ Gennemsnitspriser er beregnet på baggrund af budgetteret antal pladser for 2013 på egne tilbud fratrukket 1,5 % (for derved at opnå sammenlignelige priser med 2012). De gennemsnitlige priser for tilbud hos DU Børn og tilbud i andre kommuner er beregnet ud fra priser fra tilbudsportalen. Oversigten viser prisen pr. døgn.

Enhedspriser 2013

		Pladspriser			
Type af tilbud	Tilbud	Kapacitet	Gennemsnitspris	Udgift ved udvidelse med 1 plads	
Døgn	Svanehuset	26	3.804	2.382	
Døgn	Nærumgaard	12	3.273	1.832	
Døgn	Hartmannshus	4	5.180	3.236	
Døgn	Baunegård, døgn	12	2.867	1.854	
Dag	Baunegård, skole- og dagtilbud	24	751	545	
Afl.	Skovhusene, Kvisten (Nøjsomhedsvej)	8	3.577	2.169	
Afl.	Skovhusene, Skovsneglen	8	3.332	2.265	
Afl.	Skovhusene, Skovtours, børn/ unge	12	1.896	1.426	
Afl.	Elmehuset, Toppen	6	2.616	1.623	
Døgn	Elmehuset, Hyblerne	6	1.134	317	
Døgn	Elmehuset, Rampen	11	2.566	(*) 1565	

(*) Plads nr. 13.

Tabellen ovenfor viser en oversigt over CBHs døgn- og dagtilbud for børn og unge med angivelse af kapacitet, gennemsnitspris og udgiften ved udvidelse med 1 plads. Gennemsnitspriserne er beregnet som i tabel på side 24. Da de anførte gennemsnitpriser omfatter alle udgifter til det enkelte tilbud, vil en udvidelse med en plads – evt. som overbelægning – ikke medføre behov for at tilføre ressourcer svarende til gennemsnitspladsprisen. Det skal bemærkes, at en udvidelse med en plads vil bero på en konkret vurdering af det enkelte barns støttebehov.

6.3 Den økonomiske udvikling inden for området

Børnehandicapområdet har tidligere været skarpt opdelt fagligt og økonomisk mellem forebyggelses- og anbringelsesområdet, men der er de senere år sket en udvikling ift. at tænke forebyggelses- og anbringelsesområdet mere sammen med henblik på prioritering af forebyggelse frem for anbringelse.

Denne udvikling underbygges af de tre tabeller nedenfor, der viser, at der i løbet af de sidste tre år har været en stigning i udgifterne til forebyggende foranstaltninger. I samme periode er udgifterne til plejefamilie mv. faldet, mens udgifterne til døgninstitutioner for børn og unge samlet set har været stabil.

Udvikling i økonomien ift. plejefamilier og opholdssteder mv. for børn og unge:

	2007	2008	2009	2010	2011
Familiepleje	13,6	21,0	22,0	18,0	12,2
Netværksfamiliepleje	0,01	0,19	0,06	0,09	0,15
Soc.pæd.opholdssteder	18,8	30,1	37,4	43,4	40,3
Kost- og efterskoler	2,9	2,8	1,7	1,0	0,2
I alt	35,3	54,0	61,2	62,5	52,9

Udvikling i økonomien ift. døgnanbringelser for børn og unge:

	2007	2008	2009	2010	2011
Egne	59,3	95,6	99,4	115,0	117,1
Køb	38,0	40,9	43,4	32,2	24,1
Salg	-1,3	-0,2	-1,7	-12,6	-3,7
I alt	96,0	136,3	141,1	134,6	137,5

Udvikling i økonomien ift. forebyggende foranstaltninger for børn og unge:

	2007	2008	2009	2010	2011
Hjemmehos'ere	0,7	0,6	0,3	1,2	1,6
Familiebehandling	0,3	0,4	0,7	14,7	14,3
Aflastningsordning	16,7	16,9	16,1	15,0	13,7
Kontaktperson	2,5	4,1	2,9	3,7	4,0
I alt	20,2	22,0	20,0	34,6	33,7

Der er derudover sket et skifte således, at der i stigende grad bruges penge på egne institutioner, mens køb af døgninstitutionspladser udenbys i perioden er faldet.

7. Faglige udfordringer og ambitioner

I det følgende afsnit præsenteres de faglige udfordringer og ambitioner i forhold til børnehandicapområdet både på myndigheds- og udførerniveau. I forhold til udviklingen af området er det vigtigt at se på begge niveauer og muligheden for øget samspil og dialog mellem myndighed og udfører.

7.1 Faglige udfordringer og ambitioner på myndighedsniveau

I Handicapcenter København er der særligt fokus på følgende faglige udfordringer i forhold til myndighedsudøvelsen:

- Øget fokus på hjælp til selvhjælp og tidlig indsats
- Udvidelse af egne tilbud fx opstart af egne familiebehandlere i 2012
- Generelt løft i sagsbehandlingen, herunder arbejde med systematiske sagsgange ud fra LEAN og CSC Social og udvikling af et udredningsværktøj til CSC Social
- Implementering af forandringskompas
- Implementering af Signs of Safety som socialfaglig metode

Det er Handicapcentrets overordnede målsætning, at børn og unge med funktionsnedsættelser skal have de bedste muligheder for at udnytte og udvikle deres potentialer mest muligt. Dette kan ske gennem tiltag direkte overfor barnet eller den unge i form af behandlingstilbud eller kontaktperson, der arbejder konkret med barnets eller den unges vanskeligheder. Endvidere vil det kunne ske gennem udvikling af forældrenes forældrekompetencer med særligt fokus på barnets eller den unges funktionsnedsættelse og de særlige krav, dette stiller til en forælder.

Handicapcentret ønsker at arbejde ud fra mantraet om hjælp til selvhjælp til familierne, da det er vurderingen, at dette på sigt vil hjælpe familierne bedre, end hvis forvaltningen alene kompenserer eller afhjælper problemerne, som barnets eller den unges funktionsnedsættelse medfører. Et eksempel på en ændret tilgang kunne være, at et barn med stærkt autistiske træk og udadreagerende adfærd kan dræne forældrenes ressourcer. Ved en tilgang til barnet, hvor hverdagens rutiner er tilrettelagt for at tilgodese barnets behov, vil barnet blive mindre udadreagerende. En måde at hjælpe familien på er at tilbyde familien aflastning til barnet, således at forældrene kan få et pusterum. En anden tilgang kan være at hjælpe forældrene med at skabe en hverdag, hvor der bedst muligt tages højde for barnets særlige behov, således at familien samlet set får en mere velfungerende hverdag. Her arbejdes der i højere grad med forældrenes kompetencer end med blot at afhjælpe behovet for aflastning. I mange tilfælde vil der være tale om, at der både arbejdes med forældrenes kompetencer og hjælp til selvhjælp samtidig med, at forældrene i et omfang også aflastes.

Den store ændring i forhold til hjælp til forældrene er, at disse tilbud nu i højere grad tilbydes gennem egne familiebehandlere i stedet for som tidligere, hvor ydelsen er blevet købt eksternt. En af fordelene ved egne konsulenter er, at det

herigennem bedre kan sikres, at der arbejdes efter de strategiske målsætninger, der er lagt for området.

Der er ligeledes påbegyndt en ændring på området, hvor den hjælp og støtte, der bevilges er mere individuelt udmålt. Tidligere var der praksis for, at alle forældre med autistiske børn fik tilbudt et meget omfattende kursus/forældreprogram (pionergruppeforløb). Nogle forældre har ikke anvendt tilbuddet fuldt ud, da det tidsmæssigt er meget omfattende, eller da de ikke følte behovet for et så omfattende forløb. I dag tages der derfor mere individuelt udgangspunkt i den enkelte families behov, når der bevilges forløb med råd og vejledning og der sondres nu også i højere grad mellem korterevarende råd- og vejledningsforløb og mellem egentlige familiebehandlingsforløb. Denne udvikling skal fortsætte og cementeres i de kommende år.

Der er endvidere et ønske om, at udnytte og udvikle den systematiske del af sagsbehandlingen, som lovgivningen på området lægger op til. I den sammenhæng arbejdes der med at udvikle et udredningsværktøj, der tager højde for de særlige behov, som en funktionsnedsættelse stiller til den børnefaglige undersøgelse samt de efterfølgende handleplaner. Endvidere er der ønske om at arbejde med metoden Signs of Safety som socialfaglig metode. På børnehandicapområdet har man traditionelt fokus på barnets eller den unges funktionsnedsættelse og de problemstillinger denne rejser i familien. Handicapcentret ønsker et større fokus på familiens egne ressourcer og udviklingen af disse. Metoden Signs of Safety har netop dette fokus. Der er noget mentalt givende for familierne, at de kan lære at håndtere så mange problemstillinger som muligt i hjemmet med relevant støtte fra kommunen i stedet for, at barnet eller den unge fjernes fra familien i kortere eller længere tidsrum. På børnehandicapområdet vil der således i de kommende år være fokus på udvikling og/eller implementering af systematiske arbejdsgange og metodiske tilgange til sagsbehandlingen, ligesom der skal arbejdes med udviklingen af området fra alene en compensationstankegang til mere hjælp-til-selvhelp.

Ønsket er, at alle børn og unges ressourcer og potentialer udvikles fuldt ud, således at de i voksenlivet er så selvhjulpne som mulig, da dette vil højne deres livskvalitet på sigt.

7.2 Faglige udfordringer og ambitioner på udførerniveau

På udførerniveau i Center for Børn med Handicap (CBH) er der særligt fokus på følgende faglige udfordringer:

- Opsøge og implementere nyeste viden og evidensbaserede metoder.
- Integration og udnyttelse af forandringskompasset og CSC Social ved at bruge forandringsteorier til systemisk opsamling af viden.
- Generelt fokus på et løft i arbejdet med faglighed, så det er tydeligt, at der ikke er metodefrihed, men frihed til at vælge mellem de metoder, der virker.

- Sikre høj faglig specialisering i forhold til specifikke målgrupper og handicaps og samtidig skabe større fleksibilitet i tilbuddene, så centret kan tilpasse ydelserne til de udsving, der løbende forekommer i målgruppen.
- Inddragelse af forældre i CBHs børns/ unges liv på deres præmisser og med udgangspunkt i deres ressourcer.

CBHs ambition er, at centret tilpasser sin tilgang til barnets behov og tilbyder netop den indsats, der giver barnet bedst trivsel og størst udviklingsmulighed. Centret samarbejder med både forældre og fagpersoner uden for centret og bestræber sig altid på at yde den højeste mulige faglighed og baserer indsatsen på vidensbaserede metoder. Centret ønsker at være nytænkende og omsætte deres erfaringer og viden til udvikling af den faglige praksis.

Et af centrets mål er at udvikle landets højeste pædagogiske faglighed for børn og unge med handicap. I 2012 er der udviklet pædagogiske grundlag på alle tilbud og afdelinger samt forandringsteori for centrets arbejde. Forandringskompasset er ligeledes implementeret og indgår som redskab til refleksion og vurdering af de metoder, der igangsættes. I de kommende år skal disse implementeres yderligere og videreudvikles.

CBH vil implementere relevante evidensprogrammer og er i gang med at opstarte pilotprojekt på FIT (feedback informed treatment) og PALS (Positiv Adfærd i Læring og Samspil). FIT er et evidensprogram, der systematisk indsamler brugernes oplevelse af egen trivsel og deres vurdering af de relationer, de indgår i på tilbuddene. Forskning fra terapeutiske sammenhænge peger på, at den enkelte specifikke metodiske tilgang ikke er afgørende for effekten af forløb, men at det i højere grad er brugerens oplevede grad af tillid til den professionelle (dette kaldes de non-specifikke faktorer), der er afgørende for udbyttet af forløb. FIT rejser således brugernes stemme i højere grad end tidligere og imødekommer centrets ønsker om både at arbejde evidensbaseret og med så høj grad af medbestemmelse på eget liv som muligt. PALS er et program, der samler en række metoder i en implementeringsmodel, som sikrer, at der arbejdes med de metoder og tilgange, der er påvist effekt af.

På forældreområdet er CBH i gang med at udvikle et systematisk forældreprogram med aktiviteter (undervisning, gruppeforløb, hjemmebesøg mv.), der skal tilbydes til alle forældre i forbindelse med indskrivning på CBHs institutioner. Udviklingen af dette program tager udgangspunkt i de seneste års internationale forskning i effekter af forældreprogrammer, og foregår i samarbejde med Socialstyrelsen.

8. Konklusion

Analysen har beskrevet den overordnede udvikling i antallet af børn og unge med handicap, der forventes at stige de kommende år. Derudover har analysen forholdt sig til målgruppen og det behov, der aktuelt er på børnehandicapområdet. Endelig er den aktuelle tilbudsvifte, flow mellem børne- og voksenområdet og økonomien på området blevet beskrevet samt de faglige udfordringer og ambitioner for området.

Opsummerende peger analysen på nogle faglige udfordringer og potentialer i forhold til den fremadrettede udvikling af området, herunder fokus på:

- **Tidlig indsats i forhold til børn med handicap og deres familier**
Tidlig indsats handler om en tidlig identifikation og handling i forhold til en forebyggende indsats for og omkring barnet. Det handler om at sikre barnet og familien hjælp til selvhjælp og sørge for det rette niveau af støtte tidligt i forløbet.
- **Overgang til voksenlivet for unge med handicap**
Det er vigtigt at fokusere på flow mellem børne- og voksenområdet, da ventelisten på botilbud til voksne med handicap betyder, at nogle af de unge ikke kan komme videre i et passende tilbud og overgå til Voksenenheden i Handicapcentret. Derudover handler det også om et koordineret samarbejde mellem forskellige instanser i forhold til at få hjulpet den unge med overgangen til voksenlivet. Det handler fx om et samarbejde mellem Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen i forhold til at få de unge i beskæftigelse.
- **Udvikling af tilbudsviften**
Der bør ses nærmere på en udvikling af tilbudsviften, særligt i forhold til forebyggende foranstaltninger fx familiebehandling og -undervisning, men også om der evt. skal oprettes flere kommunale tilbud i forhold til at kunne rumme nogle af de børn og unge, som forvaltningen aktuelt køber pladser til eksternt.
- **Styrkede rammer for dialog mellem myndighed og udfører**
Udviklingen af indsatsen for børn og unge med handicap og deres familier skal ske i et tæt og veldefineret samarbejde mellem myndighed og udfører for at sikre en sammenhængende indsats i hele barnets/den unges liv.

Derudover er der behov for et tværgående fokus på:

- **En mere vidensbaseret udvikling af børnehandicapområdet i forhold til de ydelser, der iværksættes**

Et øget fokus på metoder, der virker, handler ikke bare om økonomi, men også om, at den indsats, der ydes, faktisk har en effekt. En større opmærksomhed på at sætte klare mål for indsatsen og følge op på disse mål kan være med til at højne kvaliteten af indsatsen. På myndighedssiden indebærer det blandt andet arbejde med Signs of Safety og systematiske sagsgange ud fra LEAN og CSC Social, herunder udvikling af et udredningsværktøj til CSC Social samt inddragelse af forandringskompasset. Dette vil også styrke ledelsesinformation. På leverandørsiden indebærer det blandt andet arbejde med vidensbaserede familieprogrammer og forandringskompasset for børn med handicap.